Region Värmland

Egen vårdbegäran

Endoskopimottagningen

Centralsjukhuset Karlstad

För information: *För att en* ***undersökning av tjocktarmen (koloskopi)*** *här på Endoskopi mottagningen ska vara aktuell krävs vissa förundersökningar hos en läkare. Utredningen består av att man undersöker ändtarmen och att man tar prov för kontroll av mikroskopisk förekomst av blod i avföringen.*
För önskemål om ***undersökning av magsäcken (gastroskopi)*** *krävs inte dessa förundersökningar, det är dock av vikt att du så utförligt som möjligt svarar på nedanstående frågor för en relevant och korrekt bedömning.*
Sök gärna efter mer information via sökrutan på 1177 om respektive undersökning.

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning

Vårdbegäran skickas till Endoskopimottagningen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.
Märk kuvertet med ”Egen vårdbegäran”

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil och/eller arbete	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits! (Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till!)		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja ☐ Nej ☐ Om du svarar ja – vilken mottagning och år?		

Hälsodeklaration

Har du sväljningssvårigheter som inte är tillfälliga Nej ☐ Ja ☐;
Ofrivillig viktminskning? Nej ☐ Ja ☐; Hur mycket och på hur lång tid
Upprepade plötsliga kräkningar Nej ☐ Ja ☐;
Nydebuterade magbesvär som du inte känner igen sedan tidigare Nej ☐ Ja ☐;
Är du tidigare opererad i magen? Nej ☐ Ja ☐; Typ av operation
Är du tidigare opererad i tarmen? Nej ☐ Ja ☐; Typ av operation
Har du problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bråck på magmunnen? Nej ☐ Ja ☐;
Har du svårt att gapa? Nej ☐ Ja ☐;
Har du diabetes? Kost- tablett- eller insulinbehandlad. Nej ☐ Ja ☐;

forts från sid 1	*Endoskopimottagningen Karlstad*
Namn	Personnummer (åååammdd-xxxx)

Är du tidigare koloskoperad?
Nej ☐ Ja ☐; Årtal: Sjukhus och avdelning:

Är du tidigare gastroskoperad?
Nej ☐ Ja ☐; Årtal: Sjukhus och avdelning:

Tål du jordnötter och soja
Nej ☐ Ja ☐;

Är du överkänslig mot läkemedel eller något annat?
Nej ☐ Ja ☐;

Har du någon sjukdom som smittar via blodet? Ex Hiv, hepatit
Nej ☐ Ja ☐;

Har du högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?
Nej ☐ Ja ☐;

Blöder du lätt eller ovanligt länge vid små sår eller vid tandläkarbehandling?
Nej ☐ Ja ☐;

Har du någon hjärtsjukdom? Ex Kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud
Nej ☐ Ja ☐

Har du någon lungsjukdom? Ex Astma, KOL
Nej ☐ Ja ☐; mot:

Har du någon annan sjukdom?
Nej ☐ Ja ☐; sjukdom:

Behöver du tolk
Nej ☐ Ja ☐; språk:

Längd:	Vikt:

Ange nedan de läkemedel du använder! (Även naturläkemedel)

Namn	Styrka	Dosering

Ytterligare upplysningar

Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? Nej ☐ Ja ☐;

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten – om ja – fyll i dennes kontaktuppgifter nedan!

Namn	Telefon hem/mobiltelefon

Underskrift

Ort och datum: Namn: