

Olette tulossa leikkaustoimenpiteeseen, joka tehdään joko puudutuksessa tai nukutuksessa. Voidaksemme hoitaa teitä parhaalla mahdollisella tavalla, tulee meidän tietää sairauksistanne ja käyttämistänne lääkkeitä sekä muista leikkaukseen vaikuttavista seikoista. Tämän vuoksi pyydämme teitä täyttämään tämän kyselylomakkeen.

AIKUISPOTILAAN TAUSTATIEDOT

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Puh: _____ Sähköpostios: _____

Paino: _____ kg Pituus: _____ cm

Onko teillä yliherkkyyksiä / allergioita?

Mitä? _____

Tupakoitko? _____ montako savuketta vuorokaudessa? _____

Käytättekö alkoholia? _____ minkä verran? _____

Onko teillä:

Sydän- ja verisuonisairauksia? _____

Verenpainetauti? _____

Laskimoveritulppa? _____

Hengityselinsairaus, astma? _____

Verenvuoto / mustelmataipumus? _____

Sokeritauti? _____

Epilepsia? _____

Lihassairaus? _____

Jokin muu, mikä? _____

Käytättekö säännöllisesti jotain lääkettä? _____

Tiedätkö olevanne jonkun ns. sairaalabakteerin kantaja (esim. MRSA, ESBL, VRE)?

Oletteko ollut viimeisen vuoden aikana sairaalahoidossa ulkomailla 1 vrk pidemmän ajan?

Mitä lääkettä käytätte ja mikä on annos?

Saammeko tarvittaessa tarkistaa lääkityksen sähköisestä reseptikeskuksesta? _____

Oletteko raskaana tai imetättekö? _____

Onko teille aikaisemmin tehty leikkauksia?

Onko aikaisempien nukutusten tai puudutusten yhteydessä ollut:

Pahoinvointia? _____

Päänsärkyä? _____

Heräämisvaikeuksia? _____

Muuta erityistä? _____

Mistä kipulääkkeistä teillä on hyviä kokemuksia?

Muuta, josta haluatte lääkärin tietävän?

Onko teillä hammasproteesia / siltoja / nastoja? _____

Olen sopinut aikuisen henkilön kanssa, että hän hakee minut Porvoon lääkärikeskuksesta toimenpiteen jälkeen. Lisäksi olen varmistanut, että hän tai joku muu aikuinen voi olla seuranani seuraavaan aamuun asti.

Hänen nimensä ja puhelinnumeronsa:

Päiväys ja allekirjoitus: _____