

LAPSEN TAUSTATIEDOT

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Toimenpide: _____

Varattu aika: _____

Lääkäri: _____

Lapsenne on tulossa toimenpiteeseen, joka suoritetaan nukutuksessa. Voidaksemme hoitaa lastanne parhaalla mahdollisella tavalla, tulee meidän tietää mahdollisista sairauksista ja käytössä olevista lääkkeistä. Tämän vuoksi pyydämme Teitä täyttämään tämän kyselylomakkeen.

Vanhempi (yhteyshenkilö):

Puhelin ja sähköposti:

Lapsen paino: _____ Pituus: _____

Käyttääkö lapsenne lääkkeitä?
Mitä ja millä annoksella?

Onko lapsellanne yliherkkyyttä /
allergiaa? Mitä?

Onko lapsenne ollut aikaisemmin
leikkauksessa? Minkälaisessa?

Onko aikaisempien nukutusten yhteydessä
ollut jotain erikoista?

Onko lapsella:
Sydän- ja verisuonisairauksia?

Hengityselinsairaus/astma?

Verenvuototaipumus?

Lihassairaus?

Diabetes?

Epilepsia?

Joku muu sairaus? Mikä?

Onko lapsi ollut sairaalahoitossa viimeksi
kuluneen vuoden aikana? Koska? Miksi?

Onko lapsella hammasrautoja tai irtoavia
hampaita?

Muuta, mitä haluaisitte kertoa tai meidän
tulisi tietää lapsestanne?

Pvm: _____ / _____ 20 _____

vanhemman allekirjoitus

BARNETS BAKGRUNDSFAKTA

Namn: _____ Födelseid: _____

Ingrepp: _____ Bokad tid: _____

Läkare: _____

Ert barn skall genomgå ett operativt ingrepp som kräver narkos. För att kunna vårda barnet väl, bör vi ha kännedom om eventuella sjukdomar, regelbundna mediciner samt om annan, för ingreppet viktig information. Var vänlig, fyll i denna blankett.

Förälder (kontaktperson):

Telefon och e-mail:

Barnets vikt: _____ Längd: _____

Har barnet medicinering? Vad? Vilken dos?

Har Ert barn överkänsligheter/
allergier? Vad?

Har Ert barn genomgått operationer? Vilka?

Har det förekommit problem under narkos?

Har Ert barn:

Hjärt- och kärlsjukdomar

Luftvägssjukdom / astma?

Blödningstendens?

Muskelsjukdom?

Diabetes?

Epilepsi?

Annan sjukdom? Vilken?

Har barnet fått sjukhusvård? När? Varför?

Har ert barn tandställning eller lösa tänder?

Är det något vi bör veta eller något ni vill
berätta om Ert barn?

Datum: _____ / _____ 20 _____

vårdnadshavarens underteckning