

**HÄLSODEKLARATION för barn inför undersökning eller operation**

Barnets namn \_\_\_\_\_

Barnets personnummer \_\_\_\_\_

Närmast anhörig \_\_\_\_\_

Barnets längd \_\_\_\_\_ cm och vikt \_\_\_\_\_ kg

Närmast anhörig \_\_\_\_\_

E-mailadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer anhörig \_\_\_\_\_

 Samtycker till att mitt barns personnummer registreras i Nationellet kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård Ja  Nej 

Telefonnummer anhörig \_\_\_\_\_

 Samtycker du till att vi får tillgång till ditt barns övriga journaler Ja  Nej 
**Har eller har barnet haft:**

1. Hjärtsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Lungsjukdom (t.ex. astma)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Njursjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Leversjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
6. Epilepsi / neurologisk sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
7. Blödningssjukdom (t.ex. får lätt blåmärken, näsblod)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
8. Blodsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
9. Led- / muskelsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
10. Smittsam sjukdom (t.ex. hepatit, HIV, MRSA)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
11. Magbesvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
12. Lätt att bli illamående/åksjuk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
13. Piercing eller "fasta" smycken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
14. Några lösa tänder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

15. Allergi (d v s har barnet reagerat på t ex penicillin, lokalbedövningsmedel, värktabletter som Treo, Magnecyl, Voltaren, Ipren, plåster, djur, mat eller annat)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

 Om ja: beskriv vad och hur  
 .....  
 .....  
 .....

16. Opererats och/eller fått narkos tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

17. Om ja: Var det några problem?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

 Om ja, beskriv problemen  
 .....  
 .....  
 .....

18. Sjukhusvårdats tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------	------------------------------

 Om ja – var, när och varför?  
 .....  
 .....  
 .....

19. Bedömer Du att barnet ätit fullt friskt (bortsett från nuvarande besöksorsak)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

 **Inför operationen åtar jag mig att informera den andra vårdnadshavaren**

Har du annan upplysning, fråga eller särskilda önskemål?

 .....  
 .....  
 .....

**Aktuella mediciner som barnet tar:**

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll

**Underskrift**

 \_\_\_\_\_  
 Målsmans namnteckning

 \_\_\_\_\_  
 Datum