

Gjestepasientskjema

Legeopplysninger for pasienter som skal ha generell anestesi og ikke kan møte til ordinær preoperativ vurdering. Skjemaet returneres Sykehuset Telemark fortrinnsvis sammen med henvisningen, eller senest 7 dager etter at pasienten har mottatt positivt svar på henvisningen.

Navn:.....

Adresse:.....

Fødselsdato/personnummer:.....

Navnelapp

Fylles ut av undersøkende/henvisende lege. Kryss av og fyll inn.

Diagnose:.....		Planlagt inngrep:.....	
Kompliserende faktorer:		Ingen <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Arytmi <input type="checkbox"/> Bilyd på hjertet <input type="checkbox"/> Blødningsforstyrrelse/ antikoagulasjon <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gravid	<input type="checkbox"/> Hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> Hjertesvikt <input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Leversykdom <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Nevrologisk sykdom <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Problemer ved tidligere anestesi	<input type="checkbox"/> Psykisk sykdom <input type="checkbox"/> Reumatisk lidelse <input type="checkbox"/> Rusmiddelmissbruk <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Smittefare <input type="checkbox"/> Væske/ elektrolyttforstyrrelser	
Status:			
Allmenntilstand <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Redusert <input type="checkbox"/> Dårlig	Høyde..... Vekt	Blodtrykk..... Puls..... <input type="checkbox"/> Regelmessig <input type="checkbox"/> Uregelmessig	Cor..... Pulm:.....
Medikamenter:		Ingen <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ASA/NSAID siste 10 dager <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Andre antikoagulantia <input type="checkbox"/> P-piller <input type="checkbox"/> Systemiske steroider siste 6 mndr	<input type="checkbox"/> Andre medikamenter, spesifiser:		
Kommentarer/utfyllende opplysninger:			

Navn undersøkende/henvisende lege: Sign.....

Adresse: Dato:.....