

Esitiedot silmätoimenpidettä varten

Nimi: _____

Henkilötunnus _____ pituus _____ paino _____

Oletteko äskettäin ollut lääkärin hoidossa? Kyllä / Ei
Minkä sairauden / oireen vuoksi?

Käytättekö säännöllisesti lääkkeitä? Kyllä / Ei
Lääkkeen nimi ja annos:

Onko jokin lääke aiheuttanut sivuvaikutuksia? Kyllä / Ei
Lääkkeen nimi ja millaisia sivuvaikutuksia:

Onko Teillä yliherkkyyksiä tai allergioita? Kyllä / Ei
(esim. Kefalosporiini, Penisilliini, JODI, ASA, Sulfa, säilöntäaineet, ruoka-aineet)

Onko Teille suoritettu aikaisemmin leikkauksia? Kyllä / Ei
Leikkaus ja vuosiluku:

Sairastatteko / oletteko sairastanut jotakin seuraavista?

- | | |
|--|------------|
| • Synnynnäinen sydänvika | Kyllä / Ei |
| • Sepelvaltimotauti | Kyllä / Ei |
| • Sydäninfarkti | Kyllä / Ei |
| • Muu sydänsairaus
jos kyllä, mikä _____ | Kyllä / Ei |
| • Verenpainetauti | Kyllä / Ei |
| • Alaraajan laskimotukos | Kyllä / Ei |
| • Astma | Kyllä / Ei |
| • Muu keuhkosairaus
jos kyllä, mikä _____ | Kyllä / Ei |
| • Munuaissairaus | Kyllä / Ei |
| • Vakava infektiosairaus (hepatiitti, HIV) | Kyllä / Ei |
| • Diabetes | Kyllä / Ei |
| • Epilepsia | Kyllä / Ei |
| • Reuma tai muu nivelsairaus | Kyllä / Ei |
| • Verenvuototaipumus | Kyllä / Ei |
| • Silmäsairaus | Kyllä / Ei |
| • Lihassairaus tai lihasheikkous | Kyllä / Ei |
| • Muu sairaus
jos kyllä, mikä _____ | Kyllä / Ei |

Lisätietoja:

**Tämä täytetään vain mikäli teille on etukäteen sovittu anestesia-
lääkäripalvelu.**

**Asioita, josta haluaisitte anestesia-
lääkärin tietävän?**

Käytättekö runsaasti alkoholia?

Kärsittekö usein päänsärystä tms. oireista?

Onko ollut ongelmia aikaisempien nukutusten tai puudutusten aikana tai niiden jälkeen
(esim. pahoinvointia tai päänsärkyä)?

Voitte myös kirjoittaa tähän kohtaan anestesiaan liittyviä kysymyksiä ja toiveita.

Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____