

Blankett för patientuppgifter

Vi ber dig fylla i denna blankett för patientuppgifter innan besöket på Docrates Cancersjukhus. Uppgifterna om din hälsa och sjukdom som kartläggs med stöd av blanketten kan ha betydelse för bedömningen av riskfaktorerna som anknyter till cancer samt för planeringen och genomförandet av vården.

| | | |
|---------------------|-----------|---------|
| Namn | Efternamn | Förnamn |
| Personnummer | | |
| Yrke | | |

| | |
|-----------------|--|
| Röker du | <input type="checkbox"/> aldrig <input type="checkbox"/> inte mera, slutade år _____ <input type="checkbox"/> ja, sedan hur många år _____ |
|-----------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| Alkoholbruk | <input type="checkbox"/> dricker inte <input type="checkbox"/> i medeltal _____ doser per vecka (1 dos=12 cl vin, 1 liten flaska mellanöl) |
|--------------------|--|

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Cancersjukdomar i närmaste släkten | | |
| Relation: | Cancertyp: | Ålder vid insjuknande: |
| | | |
| Aktuell medicinering (fortsätt vid behov på bakre sidan av blanketten) | Namn på medicin och styrka | Dosering och tidpunkt då medicineringen påbörjades |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|--|
| Vitaminer, spårämnen och naturpreparat som du använder | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Allergier (i synnerhet läkemedelsallergier) | |
|--|--|

| | |
|-------------------------|--|
| Kvinnor: | |
| Menstruationen slutade: | Hormonersättningsterapi (HRT): |
| Förlossningar (år): | <input type="checkbox"/> pågår <input type="checkbox"/> har använt åren: _____ |

| | |
|--------------|-------------|
| Längd | Vikt |
| | |

Har du för tillfället eller har du haft följande sjukdomar? (kryssa för, året du insjuknade och noggrannare beskrivning)

- elakartad tumör / cancer _____
- blodtryckssjukdom, hjärt- och kärlsjukdom _____
- pacemaker _____
- diabetes, typ 1 _____
- diabetes, typ 2 _____
- sköldkörtelsjukdom _____
- ventrombos, lungemboli _____
- risk för blödning _____
- lungsjukdom _____
- sjukdom i urinvägarna _____
- hudsjukdom _____
- öronsjukdom eller nedsatt hörsel _____
- mag- eller tarmsjukdom _____
- sjukdom lever och bukspottskörtel _____
- njursjukdom _____
- neurologisk sjukdom _____
- ofta återkommande huvudvärk eller migrän _____
- mental ohälsa eller sjukdom _____
- ögonsjukdom _____
- ledgångsreumatism eller annan reumatisk sjukdom _____
- sjukdom i stöd- och rörelseorganen _____
- annan sjukdom _____
- jag har haft Covid-19, när: _____
- jag har fått Covid-19 vaccin; när: _____
- utförda operationer (år) _____
- främmande föremål i kroppen (som kan störa avbildningar, t.ex höftprotes) _____

Välj rätt alternativ på frågor som gäller dig (kryssa för och beskriv noggrannare)

- | Nej | Ja |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hör du till företagshälsovården? Om du svarade Ja på frågan ovan, i vilken organisation ordnas företagshälsovården? (Obs! Denna fråga gäller främst patienter bosatta i Finland) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Har du/har du haft en smittosam blodsjukdom eller annan smittosam sjukdom (t.ex HIV, hepatit, MRSA)? Vilken? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Har det tagits MRSA prov på dig? Var och när? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Har du vårdats på sjukhus inom de senaste 6 månaderna? Var? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arbetar du eller har du arbetat på sjukhus? Var och när? _____ |

Underskrift

Ort _____ tid _____ / _____ / 20_____

Underskrift (under 18-år, vårdnadshavarens underskrift)

Namnförtydligande