

Magaband

Spurningalisti fyrir magabandsaðgerð

Gravitas Slf.

Dr Audun Sigurdsson CMCh, FRCS (Gen)
UPPER GASTROINTESTINAL AND LAPAROSCOPIC SURGEON



Spurningalisti fyrir magabandsaðgerð

Eftirfarandi spurningalisti hefur þann tilgang að fá fram nákvæma heilsufarssögu þína sem nauðsynleg er áður en aðgerð er framkvæmd. Vinsamlega svarið spurningum með eins nákvæmum hætti og þér er unnt.

Upplýsingar um sjúkling:

Upplýsingar um sjúkling:	
Nafn sjúklings	
Kyn	kona <input type="checkbox"/> karl <input type="checkbox"/>
Heimilisfang	
Sveitarfélag	
Heimasími	
Farsími	
Netfang	
Kennitala	
Hjúskaparstaða	
Starf	
Aðrar upplýsingar:	
Þyngd	
Hæð	BMI
Ef þú hug á því að koma í aðgerð hvenær myndir henta þér best?	

Upplýsingar um heimilislækni

Upplýsingar um heimilislækni	
Nafn heimilislæknis	
Heilsugæslustöð / læknastofa - heimilisfang	
Sími	
Viðbótarupplýsingar:	
Ert þú hjá öðrum sérfræðingi eða sérfræðinugm? Vinsamlega skráið upplýsingar um viðkomandi hér að neðan	
Nafn	
Sérfræði	
Heimilisfang	
Sími	

Nafn	
Sérfræði	
Heimilisfang	
Sími	

Nafn	
Sérfræði	
Heimilisfang	
Sími	

Heilsufars spurningalisti sjúklings

Vinsamlega ljúkið við eftirfarandi spurningalista - svarið ÖLLUM spurningum

Ert þú með eða hefur þú verið með eftirfarandi?		Já	Nei	Annað /frekari upplýsingar
1	Brjóstverk eða hjartaöng			
2	Hjartaáfall			
3	Hjartsláttaróreglu eða hjartamurmur			próf/niðurstöður:
4	Háan blóðþrýsing hærri en 180 efri mörk og/eða 95 neðri mörk			
5	Blackouts eða yfirið			Dagsetning síðasta atburðar
6	Flogaveiki eða fengið flog			Dagsetning síðasta flogs
7	MS sjúkdóm			
8	Heilablóðfall eða mini stroke			
9	Miklar blæðingar eða óeðlilega marbletti			
10	Blóðleysi (ekki á meðgöngu)			Dagsetning síðustu blóðprufu
11	Astma eða berkjubólgu (bronkítis)			
12	Berkla			
13	Meðltingartruflanir eða brjóstsviða			
14	Gulu eða lifrarsjúkdóma t.d. lifrabólgu			
15	Vandamál með hægðir			
16	Nýrna eða þvagfæravandamál			
17	Sykursýki			Insulinháð Töflur Stýrt með matarræði
18	Gigt eða vandamál í liðamótum, þar með talið liðagigt og eymsli í hálsi			
19	Skjaldkirtils vandamál			Dagsetning síðustu blóðprufu
20	Hefur þú verið greind/ur með vandamál tengd storknun blóðs s.s. blóðtappa, lungnarek, sem blæðari, Factor V Laden?			
21	Hefur þú verið prófaður fyrir sigðkorna blóðleysi			
22	Húðvandamál þar með talið exem			Hvar á líkamanum?
23	Sjónskerðingu			
24	Heyrnarskerðingu			
25	Hefur þú einhvern tíma átt við alvarleg veikindi að stríða			

26	Hefur þú farið í aðgerð áður. Vinsamlega skráið niður hvenær og hvers konar aðgerð.			
----	--	--	--	--

Frekari upplýsingar:		Já	Nei	Annað /frekari upplýsingar
27	Hefur þú eða ættingi þinn sýnt alvarleg viðbrögð við svæfingu?			
28	Hefur þú átt við alvarleg vandamál eftir aðgerð?			
29	Hefur þú fengið blóðgjöf?			
30	Værir þú á móti því fá blóðgjöf af einhverjum ástæðum?			
31	Hefur þú reykt síðustu 6 mánuði?			Fjöldi á dag:
32	Drekkur þú áfengi?			Einingar á viku
33	Notar þú fíkniefni? Cannabis <input type="checkbox"/> /heróín <input type="checkbox"/> /kókaín <input type="checkbox"/> / Ecstasy <input type="checkbox"/> / annað hvað?			Hver oft notað og hve reglulega
34	Er einhver möguleiki á því að þú sért ófrísk?			
35	Hefur þú haft barn á brjósti síðustu 3 mánuði?			
36	Getur þú labbað upp stiga án þess að verða móð/ur?			
37	Stríðir þú við kvíða eða miklar áhyggjur?			
38	Þjáist þú af þunglyndi?			
39	Hefur þú verið eða ert núna undir handleiðslu sálfræðings/ geðlæknis eða ráðgjafa?			Vinsamlega skráið hvern og dagsetningu síðasta tíma
40	Hefur þú einhvern tíma skaðað sjálfa/n þig eða haft sjálfsvígstilhneigingar?			
41	Átt þú regluleg samskipti við sjúklinga á sjúkrahúsum?			
42	Ert þú heilbrigðisstarfsmaður?			
43	Hefur þú verið greind/ur með og/eða meðhöndlaður við MRSA sýkingu?			
44	Hittir þú heimilislækni þinn vegna annarra vandamála?			
Ofnæmi eða óþol		Já	Nei	Annað /frekari upplýsingar
45	Ertu með einhver ofnæmi eða óþol?			
46	Hefur þú ofnæmi/óþol fyrir LATEX? (skilgreinið og listið upp líkamleg viðbrögð)			

Staðfesting upplýsinga		Já	Nei	Annað /frekari upplýsingar		
47	Ég staðfesti að ég er orðin 18 ára					
48	Ég staðfesti að ég telji að þessi aðgerð muni bæta heilsu mína og líðan					
Lyf				Skammta- stærð	Tíðni inntöku	Hve lengi
Vinsamlega skráðu niður öll lyf sem þú tekur inn núna (þ.m.t. töflur, plástrar, sprautur, innöndunarlyf, getnaðarvarnarlyf, lyf án lyfseðils eða jurta-lyf).						
Frekari upplýsingar:						

✓ Vinsamlega reykið ekki í 4 vikur fyrir aðgerð

Þyngdarsaga sjúklings

Þyngdarsaga		Undir meðallagi	Í meðallagi	Yfir meðallagi	Mjög þung/ur
1	Þyngd við fæðingu				
2	Þyngd við byrjun skólagöngu (5-6 ára)				
3	Þyngd 10-12 ára				
4	Þyngd eftir grunnskóla (15-18 ára)				
5	Þyngd við upphaf fullorðinsára (21 árs)				
6	Við upphaf fjölskyldulífs (ef á við)				
7	Var eitthvað sérstakt sem leiddi til þyngdaraukningar þinnar?				
8	Hvenær viðurkenndir þú að þyngdin var að verða að vandamáli?				
9	Hefur þú farið í átak til megrunar með líkamsræktarstöð/ hópi/ klúbbi?				
10	Hvað af þessum lyfjalausnum hefur þú reynt? - Að bæla matarlyst (Reductil) - Fituhamlarar (Xenical) - Bulking agents	Hvenær	Hver ávísaði?	Árangur?	

Þjáist þú af eftirfarandi:		Já	Nei	Annað /frekari upplýsingar
11	Brjósviða eða meltingartruflanum			Hvenær truflar það þig mest
12	Bakflæði yfir daginn			Hvað eykur á bakflæðið
13	Flæðir matur eða vökvi stundum aftur upp í munn?			Ælir þú með bakflæðinu
14	Kyngingarerfiðleikum?			
15	Að matur festist?			
16	Endurteknum hálsbólgu/kverkaskít?			
17	Magasári?			
18	Hósta um nætur?			
19	Hrotum/ kæfisvefni?			Hve oft?
20	Vakna upp um nætur með köfnunartilfinningu?			
21	Kviðslit á maga			

Frekari upplýsingar/ aðrir sjúkdómar:

Fyrirvari sjúklings

Hér með staðfesti ég að þær upplýsingar sem ég hef veitt í þessu skjali séu réttar og að engu sé haldið undan.

Ég skil að það að gefa ekki upp upplýsingar varðandi eigin heilsu getur haft skaðleg áhrif á heilsu mína og öryggi við aðgerð.

Þessi aðgerð er háð því að samráð sé haft við skurðlækni og því að heilsufar mitt sé vottað.

Dagsetning: _____

Undirskrift sjúklings

Upplýsingar fyrir lækni

Almennar upplýsingar:	
Dagsetning	
Nafn sjúklings	
Tilvísunaraðili sjúklings	
Sjúkrahús	
Dagsetning aðgerðar	Dagsetning innlagnar
Tegund aðgerðar	Læknir
Tegund svæfingar: Almenn <input type="checkbox"/> staðdeyfing <input type="checkbox"/>	