

# Hälsobeskrivning - inför leverdonation

**Personnummer**

**Namn**

**Telefon**

## Uppgifter om Ditt hälsotillstånd

Som en förberedelse inför eventuell fortsatt utredning för donation av del av lever, ber vi att Du fyller i detta formulär med frågor om ditt hälsotillstånd. Svaren är värdefulla för oss och **blir en del av Din sekretessbelagda patientjournal.**

### Tidigare och aktuella sjukvårdskontakter

Har Du några sjukdomar?

Ja/Nej

Om Ja, vilka?

---

---

---

---

Har Du vårdats på sjukhus tidigare? Ja/Nej

Om Ja, på vilket sjukhus? När? För vad? Krävdes operation?

---

---

---

---

Har Du blivit opererad? Ja/Nej

Om Ja, när och för vad?

---

---

---

---

**Har Du nu eller tidigare haft**

Hjärtinfarkt

Annan hjärtsjukdom

Blodpropp, stroke/slaganfall/TIA

Blödningsbenägenhet

Astma

Annan lungsjukdom

Högt blodtryck

Diabetes (sockersjuka)

Njursjukdom

Med blodet överförbar smittsam sjukdom

Leversjukdom

Psykisk sjukdom inkl. depression

Alkohol/drogmissbruk eller beroende

Ja      Nej

Ja	Nej

**Pågående vård /behandling**

Går Du på regelbundna besök (ex läkare, psykolog, sjukgymnast)? Ja/Nej

Om Ja, hos vem, och var? (Har Du adress/telefonnummer, skriv

gärna ner det)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sociala förhållanden**

Bor Du ensam? Ja/Nej

Har Du barn? Ja/Nej

Barnens ålder?

---

---

Vad har Du för yrke/sysselsättning?

---

Närmast anhörig

1 Namn och relation \_\_\_\_\_

Dennes telefonnummer \_\_\_\_\_

2 Namn och relation \_\_\_\_\_

Dennes telefonnummer \_\_\_\_\_

Får vi svara på frågor från anhörig om Ditt hälsotillstånd?

---

Relation till eventuell mottagare av Din donerade leverbit?

---

Om vänskapsrelation, beskriv i ord hur ni känner varandra och sedan hur länge?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Mediciner**

Tar Du mediciner regelbundet? Ja/Nej

Om Ja, ange vilken medicin, styrka och antal tabletter i tabellen.

Läkemedlets namn	Styrka	Antal tabletter/dag

Använder Du naturläkemedel? Ja/Nej

Om Ja, vilka?

Använder Du p-piller? Ja/Nej

**Överkänslighet**

Är Du allergisk/överkänslig mot något?

(Ex medicin, födoämnen, nickel, tejp etc) Ja/Nej

Om Ja, mot vad?

---

**Röker Du?**

Nej/Ja

Hur mycket? \_\_\_\_\_ Sedan hur länge? \_\_\_\_\_

**Alkohol?**

Hur mycket alkohol dricker Du per vecka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Har Du någon gång överkonsumerat alkohol? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Din längd** \_\_\_\_\_ **cm**      **Din vikt** \_\_\_\_\_ **kg**

**Övrigt**

Är det något annat Du vill att vi skall känna till om dig, eller som Du funderar över? Skriv ner, så kan vi ta upp det vid Ditt besök hos oss.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Namnteckning \_\_\_\_\_