



Egen vårdbegäran
Endoskopi mottagningen
 Centralsjukhuset Karlstad

För information: För att en **undersökning av tjocktarmen (koloskopi)** här på Endoskopi mottagningen skall vara aktuell krävs vissa förundersökningar hos en läkare. Utredningen består av att man undersöker ändtarmen och att man tar prov för kontroll av mikroskopisk förekomst av blod i avföringen.
 För önskemål om **undersökning av magsäcken (gastroskopi)** krävs inte dessa förundersökningar, det är dock av vikt att du så utförligt som möjligt svarar på nedanstående frågor för en relevant och korrekt bedömning.
 Sök gärna efter mer information via sökrutan på 1177 om respektive undersökning.

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning

**Vårdbegäran skickas till Endoskopimottagningen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.
 Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | | | |
| Efternamn | | Förnamn | |
| Gatuadress | | Postnummer och postadress | |
| Telefon bostad | Telefon mobil och/eller arbete | Vårdcentral | |
| Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits! (Fortsätt på baksidan om utrym- met inte räcker till!) | | | |
| Har du sökt vård tidigare för samma besvär? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Om du svarar ja – vilken mottagning och år? | | | |

Hälsodeklaration

| |
|---|
| Har du sväljningssvårigheter som inte är tillfälliga Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |
| Ofrivillig viktminskning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Hur mycket och på hur lång tid |
| Upprepade plötsliga kräkningar Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |
| Nydebuterade magbesvär som du inte känner igen sedan tidigare Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |
| Är du tidigare opererad i magen? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Typ av operation |
| Är du tidigare opererad i tarmen? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Typ av operation |
| Har du problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |
| Har du svårt att gapa? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |
| Har du diabetes? Kost- tablett- eller insulinbehandlad. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; |

| forts från sid 1 | | Endoskopimottagningen Karlstad | |
|---|--------|---|--|
| Namn | | Personnummer (ååååmmdd-xxxx) | |
| Är du tidigare koloskoperad? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; Årtal: _____ Sjukhus och avdelning: _____ | |
| Är du tidigare gastroskoperad? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; Årtal: _____ Sjukhus och avdelning: _____ | |
| Tål du jordnötter och soja | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; | |
| Är du överkänslig mot läkemedel eller något annat? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; | |
| Har du någon sjukdom som smittar via blodet? Ex Hiv, hepatit | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; | |
| Har du högt blodtryck eller blodtrycksbehandling? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; | |
| Blöder du lätt eller ovanligt länge vid små sår eller vid tandläkarbehandling? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; | |
| Har du någon hjärtsjukdom? Ex Kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Har du någon lungsjukdom? Ex Astma, KOL | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; mot: _____ | |
| Har du någon annan sjukdom? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; sjukdom: _____ | |
| Behöver du tolk | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> | | Ja <input type="checkbox"/> ; språk: _____ | |
| Längd: | | Vikt: | |
| Ange nedan de läkemedel du använder! (Även naturläkemedel) | | | |
| Namn | Styrka | Dosering | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Ytterligare upplysningar | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; | | | |
| Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten – om ja – fyll i dennes kontaktuppgifter nedan! | | | |
| Namn | | Telefon hem/mobiltelefon | |
| | | | |

| | |
|----------------|-------|
| Underskrift | |
| Ort och datum: | Namn: |
| | |