

Blankett för patientuppgifter

Vi ber er fylla i denna blankett för patientuppgifter före besöket på Docrates Cancercancerjukhus.

Uppgifterna om er hälsa och er 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	
Personnummer	

Uppgifter om rökning behövs bland annat för att rökning kan påverka cancerläkemedlens ämnesomsättning och halt, och därigenom också terapivaret i fråga om några läkemedel.		
Röker ni?	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Hur mycket (t.ex. askar / dygn)?
Vilket år eller i vilken ålder började ni röka?	Vilket år eller i vilken ålder slutade ni röka?	
Alkoholbruk	<input type="checkbox"/> dricker inte <input type="checkbox"/> i medeltal ____ doser per vecka	
Vaccinationer (i synnerhet brister / avvikelser från det nationella vaccinationsprogrammet)		
Vilket år har ni fått en förstärkningsvaccination mot stelkramp (tetanus)?		
Cancersjukdomar i den närmaste släkten (barn, syskon, föräldrar, far-/morföräldrar)	Nära släktings typ av cancer och ålder vid insjuknande	
Mediciner som används och doser (fortsätt vid behov på omstående sida)	Medicinens namn och styrka	Dos och år då medicinering inleddes
Allergier (i synnerhet läkemedelsallergier)		
Vitaminer, spårämnen och naturpreparat som används		
Kvinnor: början och slut på menstruationscykeln, antal graviditeter och förlossningsår		
P-piller och/eller hormonmedicinering	<input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> P-piller (år): _____	
Hormonsubstitutionsbehandling	<input type="checkbox"/> pågår <input type="checkbox"/> Använt åren _____	

Längd	Vikt
--------------	-------------

Om ni har genomgått operationer, vänligen skriv vilken och år.

Har ni för tillfället eller har ni haft följande sjukdomar? (kryssa för och beskriv noggrannare)

- stroke, vilken _____
- sjukdom i nervsystemet, vilken _____
- hudsjukdom, vilken _____
- lungsjukdom, vilken _____
- sköldkörtelsjukdom, vilken _____
- öronsjukdom eller nedsatt hörsel, vilken _____
- ventrombos, lungemboli, vilken _____
- mag- och tarmsjukdom, vilken _____
- lever- och bukspottskörtelsjukdom, vilken _____
- njursjukdom, vilken _____
- neurologisk sjukdom, vilken _____
- ledgångsreumatism eller annan reumatisk sjukdom, vilken _____
- elakartad tumör, cancer, vilken _____
- mental ohälsa eller sjukdom, vilken _____
- ögonsjukdom, vilken _____
- diabetes
- hjärt- och kärlsjukdom, vilken _____
- sjukdom i stöd- och rörelseorganen, vilken _____
- ofta återkommande huvudvärk eller migrän
- blodtryckssjukdom
- risk för blödning
- sjukdom i urinvägarna, vilken _____
- annan sjukdom, vilken _____

Välj rätt alternativ för de frågor som gäller er (kryssa för och beskriv noggrannare)

Nej ja

- Har ni/har ni haft en smittosam blodsjukdom eller annan smittosam sjukdom (HIV, hepatit, MRSA)?
Vilken? _____
- Har ni vårdats på offentligt sjukhus i Finland eller utomlands inom de senaste 6 månaderna?
- Arbetar ni eller har ni arbetat på sjukhus? Var och när? _____
- Har det tagits MRSA prov på er? Var och när? _____

Underskrift

Ort och tid: _____ / _____ / 20_____

Underskrift (under 18-år, vårdnadshavarens underskrift) _____ Namnförtydligande _____