

INFORMATIONSSKEMA TIL LÆGEN

NAVN: _____ CPR: _____

Din højde: _____ cm Din vægt: _____ kg

Følgende spørgsmål handler om MRSA (Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus) og smitterisiko:

Har du:

- tidligere fået påvist MRSA? Nej Ja
- de sidste 6 måneder haft kontakt med en MRSA-positiv person? Nej Ja
- modtaget behandling på en klinik/hospital uden for Norden indenfor ½ år? Nej Ja
- haft hyppig/tæt kontakt til svinebesætning indenfor ½ år? Nej Ja
- haft hyppig/tæt kontakt til minkfarm indenfor ½ år? Nej Ja
- haft ophold i flygtningelejr, krigszoner eller på asylcentre indenfor ½ år? Nej Ja

Er du overfølsom over for penicillin eller anden medicin Nej Ja

Kræftsygdom i familien Nej Ja

Hvilke: _____

Tager du naturmedicin (som f.eks. hvidløg eller fiskeolie)? Nej Ja

Har du været eller er du i hormonbehandling efter overgangsalderen? Nej Ja

Tager du medicin dagligt? (Hvis ja, udfyld venligst nedenstående skema) Nej Ja

LÆGEMIDDEL	ÅRSAG TIL BEHANDLING	DOSIS

Har du født eller aborteret? Nej Ja

Hvis ja: _____ spontane aborter, _____ provokerede aborter,
_____ fødsler og _____ kejsersnit.

Har du været opereret i maven eller underlivet tidligere? (Hvis ja, udfyld nedenstående skema) Nej Ja

ÅRSTAL	HVAD FEJLEDE DU?	OPERATION

Er dine menstruationer ophørt Nej Ja

Hvornår? _____ (alder/ årstal)

Hvis du stadig har menstruationer, er disse da regelmæssige? Nej Ja

Angiv i nedenstående skema dine blødninger for de sidste 6 måneder med start og slut dato på blødning i hver måned

STARTDATO						
SLUTDATO						

Er du seksuelt aktiv? Nej Ja

Beskytter du dig mod at blive gravid? Nej Ja

Hvis Ja, hvordan? _____

Hvornår har du sidst fået taget celleprøve fra livmoderhalsen? _____ (årstal)

Er du vaccineret mod HPV? Nej Ja

Tillader du, at vi sender lægebrev til egen læge om hvad der er udført her i klinikken? Nej Ja

Tillader du, at vi indhenter oplysninger fra andre indlæggelser og behandlinger? Nej Ja

Dato _____ underskrift _____

Tak for din hjælp