

Præoperative data

Record ID

CPR nummer

Køn

- ☐ Kvinde
☐ Mand
☐ Non-Binær

Operations-dato

Led

- ☐ Knæ
☐ Hofte

Operations type

- ☐ Primær
☐ Revision
☐ Uniknæ
☐ Simultan bilateral
(udfyldes af hospitalet)

Blodprocent (Hb) i mmol/l (taget maks. 2 mdr præoperativt)

(udfyldes af hospitalet)

Ferritin (taget maks. 2 mdr præoperativt)

(udfyldes af hospitalet)

Transferrin (taget maks. 2 mdr præoperativt)

(udfyldes af hospitalet)

CRP (taget maks. 2 mdr præoperativt)

(udfyldes af hospitalet)

Serum Kreatinin

(udfyldes af hospitalet)

GFR

(udfyldes af hospitalet)

præoperativ Hb1Ac (taget maks. 2 mdr præoperativt)

(udfyldes af hospitalet)

Clinical Frail Scale

(udfyldes af hospitalet)

Pain Catastrophizing Score (PCS)

(udfyldes af hospitalet)

Højde i cm

Vægt (kg)

BMI

Boligsituation

- ☐ Egen bolig
☐ Plejehjem, beskyttet bolig eller anden institution

Ryger du?

- ☐ Nej jeg har aldrig røget
☐ Nej men jeg har tidligere røget
☐ Ja jeg er aktiv ryger
(Med aktiv ryger menes også såfremt du kun ryger ved festlige lejligheder)

Drikker du mere end 7 genstande ugentligt hvis du er kvinde eller 14 genstande ugentligt hvis du er mand?

- ☐ Ja
☐ Nej

Har du fast hjemmehjælp?

- ☐ Ja
☐ Nej

Socialt

- ☐ bor med andre
☐ bor alene

Benytter du regelmæssigt gangredskab?

- ☐ Nej
☐ Ja, jeg benytter stok eller krykker
☐ Ja, jeg benytter rollator
☐ Ja, jeg benytter kørestol
☐ Ja, jeg benytter el-scooter
(marker alle relevante)

Har du sukkersyge?

- ☐ Nej
☐ Ja, jeg har sukkersyge men får ikke medicin
☐ Ja, jeg har sukkersyge og får anden medicin end insulin
☐ Ja, jeg har sukkersyge og får insulin
(marker alle relevante)

Får du medicin for hjertesygdom?

- ☐ Nej
☐ Ja (Hvis du kun får blodtryks medicin vælges "Nej")
☐ Ved ikke

Får du medicin for lungesygdom?

- ☐ Nej
☐ Ja (f.eks. Asthma, KOL, lungefibrose eller anden lungesygdom m behov for medicin)
☐ Ved ikke

Får du medicin for psykisk lidselse?

- ☐ Nej
☐ Ja F.eks. depression, angst, skizofreni, ADHD, mani etc. Hvis du får psykofarmaka KUN pga. smerter vælges "Nej"
☐ Ved ikke

Har du tidligere haft en blodprop eller blødning i hjernen?

- ☐ Nej
☐ Ja
☐ Ved ikke

Tager du fast medicin mod smerter?

- ☐ Nej
☐ Paracetamol (f.eks. Panodil, Pamol, Arax, Pinex)
☐ NSAID (f.eks. Ibuprofen, Keterolac, Naproxen, Diclofenac, Celebra, Celcoxib)
☐ Opioid (f.eks. Morfin, Tradolan, Tramadol, Oxycodon, Contalgin, Fentanylplaster, Methadon ect.)
☐ Neuroleptika (f.eks. Gabapentin, Pregabalin, Lyrica, Amitriptylin etc.)
☐ Andre
(Marker alle relevante felter. Hvis du er i tvivl, spørg sygeplejersken)

Tager du blodfortyndende medicin?

- ☐ Nej
☐ Ja jeg får Acetylsalicylsyre (f.eks. Magnyl, Hjerdyll, Hjertemagnyl etc.)
☐ Ja jeg får ADP-antagonist (f.eks. Clopidogrel, Cloriocard, Plavix, Brilique, Prasugrel, Effient eller Kengrexal)
☐ Ja jeg får Dipyridamol (f.eks. Persantin, Orisantin)
☐ Ja jeg får Vitamin K antagonist (f.eks. Marevan, Warfarin eller Marcoumar)
☐ Ja jeg får NOAK (f.eks. Xarelto, Apixaban, Lixiana, Eliquis, Pradaxa)
(Marker alle relevante felter. Hvis du er i tvivl, spørg sygeplejersken)

Er du faldet 2 gange eller mere inden for de sidste 3 mdr?

- ☐ Nej
☐ Ja
☐ Ved ikke

Medicinliste

(inkl. præparat navn, styrke, indikation og dosis)