

fortsat fra forrige side

Stof	Adm. måde	Givet kl.	Evt. afbrudt kl.

Reaktion

Symptomer	Startet kl.	Svundet kl.

Behandling

Medikament	Adm. måde	Givet kl.

Kort beskrivelse af reaktionen *(inkl. postoperativt forløb)*

Er pt færdigopereret? Hvis nej, tidspunkt for fornyet operation:

Allergier: (Alle allergier bør nævnes, f.eks. medicin, fødevarer, pollen, kosmetik, latex, kontaktlinsevæske etc. Evt. tidligere allergiudredning)

Tidligere anæstesier: (Vedlæg kopi af tidligere anæstesiskemaer hvis muligt)
Sted / dato / operationstype / anæstesimetode, hvilke stoffer givet / komplikationer

Medicin: (fast/pn. Evt. nye præparater introduceret i forbindelse med aktuelle indlæggelse)

Anden væsentlig anamnese / andre oplysninger (væsentlige medicinske lidelser, f.eks. iskæmisk hjertesygdom, diabetes eller astma, rygning)

Samtykkeerklæring

Navn: _____ Cpr.nr. _____		
Jeg giver hermed tilladelse til, at der indhentes og videregives oplysninger om min aktuelle sygdom til:		
	Ja	Nej
Pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre behandlende institutioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg giver samtykke til, at Dansk Anæstesi Allergi Center, Klinik for allergi opbevarer blodprøver, som bliver taget i forbindelse med mine allergiundersøgelser. De anvendes alene til kvalitetssikring af allergi-analyser, og jeg kan til enhver tid bede om at prøverne destrueres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Særlige ønsker:		
Dato: _____ Underskrift: _____		
I tilfælde af ikke-myndige patienter er det forældre eller værge, der skal give samtykke		

Henvisning sendes til:

Dansk Anæstesi Allergi Center
Allergisygdomme klinik 1,
Gentofte Hospital
Gentofte Hospitalsvej 8, 1. sal
2900 Hellerup

Kontaktpersoner:

Overlæge Lene Heise Garvey
Overlæge Birgitte Bech Melchior

Tlf. læger 38 67 24 97
Tlf. sekretær 38 67 20 64

Hjemmeside: daac.dk

Eller scannes og mailes til: HGH-daac@regionh.dk

Henvisning udfyldt af (navn på læge/sygeplejerske – dato)

Oplysninger om henvisende læge (navn og titel)

E-mail: _____ Tlf : _____