

**LAPSIPOTILAAN TAUSTATIEDOT NUKUTUSLÄÄKÄRIÄ VARTEN**

**Nimi** \_\_\_\_\_

**Syntymäaika** \_\_\_\_\_

**Ikä** \_\_\_\_\_ **Pituus** \_\_\_\_\_ **Paino** \_\_\_\_\_

**Isän tai äidin nimi** \_\_\_\_\_

**Puhelinnumerot, kotiin** \_\_\_\_\_ **töihin** \_\_\_\_\_

**Osoite** \_\_\_\_\_

Jatka vastauksia tarvittaessa kääntöpuolella.

- |  | Kyllä                    | Ei                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko lasta hoidettu aikaisemmin sairaalassa?<br>Minkä vuoksi?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko lasta leikattu tai nukutettu aikaisemmin?<br>Mitä leikkauksia?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Onko nukuttamiseen liittynyt ongelmia?<br>Minkälaisia?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko lapsella tai lähisukulaisilla verenvuototaipumusta?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Onko lapsella pitkäaikaisia sairauksia, säännöllistä lääkitystä?<br>Mitä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko lapsella allergiaa, yliherkkyyttä?<br>Mille?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Saako lapsi parhaillaan lääkehoitoa?<br>Mitä lääkettä?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko lapsella viime päivinä ollut kuumetta tai yskää?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Seikkoja, jotka haluatte nukutuslääkärin ottavan huomioon                 |                          |                          |

Lapsen huoltajana hyväksyn lapselle nukutuksessa suoritettavan leikkauksen tai hoidon

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus