

Sukunimi	Etunimet	Syntymäaika
Ikä	Pituus	Paino
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Isän ja/tai äidin nimi	Puhelin kotiin	Puhelin töihin

VASTAA ALLA OLEVIIN KYSYMYKSIIN, JATKA VASTAUKSIA TARVITTAESSA KÄÄNTÖPUOLELLA

KYLLÄ EI

1. Onko lasta hoidettu aikaisemmin sairaalassa?

Minkä vuoksi?

.....

2. Onko lasta leikattu tai nukutettu aikaisemmin?

Mitä leikkauksia?

.....

3. Onko nukuttamiseen liittynyt ongelmia?

Minkälaisia?

.....

4. Onko lapsella tai lähisukulaisella verenvuototaipumusta?

5. Onko lapsella pitkäaikaisia sairauksia tai säännöllistä lääkitystä?

Mitä?

.....

6. Onko lapsella allergiaa tai yliherkkyyttä?

Mille?

.....

7. Saako lapsi parhaillaan lääkettä?

Mitä lääkettä?

.....

8. Onko lapsella ollut viime päivinä kuumetta tai yskää?

Seikkoja, joita haluatte nukutuslääkärin ottavan huomioon:

.....

.....

LAPSEN HUOLTAJANA HYVÄKSYN LAPSELLE NUKUTUKSESSA SUORITETTAVAN LEIKKAUKSEN TAI HOIDON

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

.....