

Navn – CPR-nr.  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span>Dag</span> <span>Måned</span> <span>År</span> <span>Lbnr</span> </div>	Sygehus, afd.
---	---------------

Udfyldes af patienten:

Har du været gravid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, antal graviditeter	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Dato for børns fødsel	Dag – Måned - År	
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Har du fortsat menstruationer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, har du regelmæssig menstruation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Dato for sidste menstruation	Dag – Måned - År	
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Hvis du ikke har menstruation, hvornår gik du i overgangsalder?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Årstal
Hvor gammel var du, da du fik menstruation første gang?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> År
Tager du P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis du tager P-piller/hormoner, hvor længe har du da gjort det?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Antal år
Har du tidligere taget P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Årstal fra - til	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Har du tidligere taget hormoner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Årstal fra - til	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Er der nogen i din familie, der har haft brystkræft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, oplys hvem samt fødselsdato (Dag – Måned - År)	<input type="checkbox"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
1=mor, 2=søster, 3=moster, 4=faster, 5=mormor, 6=farmor, 7=mand i familien	<input type="checkbox"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Ryger du til daglig?	<input type="checkbox"/> Ja <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
	stk daglig	
Har du tidligere røget regelmæssigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvornår holdt du op med at ryge?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Årstal
Forbrug øl, vin eller spiritus?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	genstande/uge

Navn – CPR-nr.  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span>Dag</span> <span>Måned</span> <span>År</span> <span>Lbnr</span> </div>	Sygehus, afd.
---	---------------

Udfyldes af lægen:

Højde	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	cm	AK-behandling	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Nej
Vægt (målt i afdelingen)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	kg	Daglig brug af acetylsalicylsyre	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Nej

Co-morbiditet	Ja	Nej	Points
<b>Myocardieinfarkt</b> <small>dokumenteret AMI</small>			1
<b>Hjerteinsufficiens</b> <small>behandlingskrævende symptomatisk hjertesygdom, fraset hypertension</small>			1
<b>Perifer arteriel sygdom</b> <small>Claudicatio, tidl. perifer bypass, arteriel insufficiens, ubehandlet aortaaneurysme &gt; 6 cm</small>			1
<b>Cerebrovaskulær sygdom</b> <small>TCI eller apopleksi uden væsentlig følgesygdom</small>			1
<b>Demens</b>			1
<b>COLD incl. behandlingskrævende astma</b>			1
<b>Bindevævssygdom</b> <small>f.eks. SLE, Polymyositis, Polymyalgia Rheum., moderat til svær rheumatoid arthrit</small>			1
<b>Ulcussygdom</b> <small>haft behandlingskrævende ulcussygdom</small>			1
<b>Leversygdom i let grad</b> <small>cirrhose uden portal hypertension eller hepatitis</small>			1
<b>Diabetes mellitus uden komplikationer</b>			1
<b>Diabetes med senkomplikationer</b> <small>retinopati, neuropati, nefropati</small>			2
<b>Hemi eller paraplegi</b>			2
<b>Moderat til svær nyresygdom</b> <small>kreatinin over 265 Mikromol/l, dialyse, transplanteret, uræmisk syndrom</small>			2
<b>Anden ikke metastatisk malign sygdom (solid tumor)</b> <small>behandlet indenfor 5 år, undtaget non-melanom hudcancer og CIS colli uteri</small>			2
<b>Leukæmi</b> <small>ALL, AML, CLL, CML og polycytæmia vera</small>			2
<b>Malignt lymfom eller myelomatose</b> <small>non Hodgkin lymfom, Hodgkin, Waldenstöm, myelomatose</small>			2
<b>Moderat eller svær leversygdom</b> <small>cirrhose med portal hypertension +/- variceblødning</small>			3
<b>Anden metastatisk solid tumor</b>			6
<b>AIDS</b>			6
<b>Total ( sum af points)</b>	→		

<b>Vejledning:</b>	Skemaet udfyldes ved kirurgisk afdeling. Skemaet sendes eller faxes til: <b>DBCG, afsnit 2501, Rigshospitalet,</b> <b>Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.</b> <b>Tlf. 35 38 65 30. Fax 35 26 35 25.</b>	Dato	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
			_____ Signatur