

Preoperatieve vragenlijst

Dienst anesthesie

Naam :	Voornaam:
Geboortedatum:/...../.....	E-mailadres:
Heelkundige ingreep/onderzoek:.....	links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>
Arts:	
Opnamedatum:/...../.....	Uur:..... Datum ingreep:/...../.....

Gewicht: kg	Lengte:..... cm	Bloedgroep:	Gelieve bloedgroepkaartje mee te brengen
-------------------	-----------------	-------------------	--

Contactpersoon: Naam:	Telefoon:
Naam:	Telefoon:

1. Bent u **allergisch**? Vermeld welke reactie u vertoonde: zwelling, ademnood, jeuk, rode vlekken

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|
| - Latex | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | reactie: |
| - Contraststoffen | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | reactie: |
| - Kleefpleisters | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | reactie: |
| - Medicatie | | | reactie: |
| - Andere | | | reactie: |
- vb. kleurstoffen, kiwi, bananen, hooikoorts, voeding

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
| 2. Rookt u? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | hoeveel? per dag |
| Hebt u gerookt? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | hoelang? jaren, tot |
| Gebruikt u alcohol? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | aantal: glazen per <input type="checkbox"/> dag <input type="checkbox"/> week |
| Gebruikt u drugs? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | welke? |

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--|
| 3. Hebt u... | | | |
| Een kunstgebit? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | |
| Kunststanden? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | |
| Losstaande tanden? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | welke? |
| Contactlenzen? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | |
| Een hoorapparaat? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> |
| Piercings? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | Indien ja, verwijder ze thuis. |
| Kunstnagels? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> | indien ja, verwijder ze thuis. |
| Een pacemaker, een ICD, een stimulator, ingeplante pomp? | | | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 4. Werd u vroeger reeds geopereerd ? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen: | | |
| In | Voor: | |
| In | Voor: | |
| In | Voor: | |
| In | Voor: | |
| Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, omschrijf zo nauwkeurig mogelijk: | | |
| Had een familielid ooit problemen met verdoving? | ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, omschrijf zo nauwkeurig mogelijk: | | |

5. Bent u in opvolging bij een **specialist** in een ander ziekenhuis (voor hart/longen/...)

Zo ja, waarvoor, in welk ziekenhuis, bij welke arts:

Voor: Ziekenhuis: Dokter:

Voor: Ziekenhuis: Dokter:

Voor: Ziekenhuis: Dokter:

6. Hebt u een hoge bloeddruk? ja neen

Bent u snel **kortademig**? ja neen

Hebt u problemen bij huishoudelijk werk? ja neen

Kunt u **2 verdiepingen de trap** nemen zonder stoppen? ja neen

Hebt u soms gezwollen voeten? ja neen

Slaapt u halfzittend? ja neen

Hebt u last van **hartkloppingen**? ja neen

Hebt u soms **een toesnoerend gevoel** in arm of borstkas bij inspanning? ja neen

Bent u al herhaaldelijk **flauwgevallen**? ja neen

Bent u in behandeling voor een **hartziekte**? ja neen

Had u ooit flebitis of thrombose? ja neen

Hebt u gemakkelijk blauwe plekken of neusbloedingen? ja neen

Gebruikt u **bloedverdunnende medicatie**? ja neen

Indien u van uw huisarts of behandelend geneesheer geen richtlijnen kreeg over het gebruik in verband met uw ingreep, neem dan contact op met de dienst anesthesie

7. Hebt u een piepende ademhaling? ja neen

Bent of was u in behandeling voor een **longziekte**? ja neen

8. Bent u nierdialysepatiënt? ja neen

Bent of was u in behandeling voor een nierziekte? ja neen

welke:

9. Lijdt u aan **suikerziekte**? ja neen

Gebruikt u: inspuitingen orale medicatie

10. Had u ooit een maagzweer of maagbloeding? ja neen

Hebt u last van maagzuur? ja neen

Hebt u ooit geelzucht gehad? (type:.....) ja neen

11. Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte? ja neen

Was u al in behandeling bij een neuroloog of psychiater? ja neen

Hebt u last van tintelingen of gevoelloosheid? ja neen

waar?:.....

Hebt u last van verwardheid of geheugenstoornissen? ja neen

12. Hebt u **problemen met het openen van uw mond**? ja neen

breng hiervoor minstens 2 vingers boven elkaar in de mondopening

Hebt u problemen om uw hoofd te bewegen? ja neen

Hebt u reuma of artritis? ja neen

Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese? ja neen

Zo ja, welke kant? li re

13. Bent u (mogelijk) zwanger? ja neen

Geeft u borstvoeding? ja neen

14. Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? ja neen

welke:

15. Kreeg u ooit een bloedtransfusie? ja neen

reden: ongewone reactie ja neen

Geeft u **toestemming om bloedproducten** toe te dienen indien nodig?: ja neen

Hebt u nog bijkomende opmerkingen:.....

- Ik werd via de informatiebrochure, de website (www.anesthesie-augustinus.be), de chirurg en/of de anesthesist voldoende geïnformeerd over de verdoving en de mogelijke risico's, nevenwerkingen en alternatieven, en ga hiermee akkoord.
- Ik ga ermee akkoord dat het type anesthesie en/of analgesie kan gewijzigd worden tijdens de ingreep zonder mijn medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn.
- Ik ga ermee akkoord dat mijn gegevens op anonieme wijze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

REGELS VAN NUCHTER ZIJN. U mag het volgende gebruiken:	
tot 6 uur voor de ingreep	Licht vast voedsel, niet heldere vloeistoffen (melk, soep, fruitsappen, spuitwater...), flesvoeding voor baby's > 3 maand
tot 4 uur voor de ingreep	borstvoeding, flesvoeding voor baby's < 3 maand
tot 2 uur voor de ingreep	heldere vloeistoffen: water, koffie of thee zonder melk , helder appelsap zonder pulp; maximaal 1 glas
tot 1 uur voor de ingreep	medicatie met een slok water

Deze richtlijnen moeten gerespecteerd worden bij algemene narcose en bij locoregionale anesthesie; het niet volgen van deze richtlijnen kan uw leven in gevaar brengen en zal leiden tot uitstel van de ingreep.

MEDICATIE Denk ook aan puffers, pleisters, oogdruppels,...							
Geneesmiddel	Dosis zoals vermeld op verpakking	Nuchter	Ontbijt	Middag	Avond	Voor slapen	Opmerkingen: vb - stopdatum - Indien nodig - ma-woe-vr
VOORBEELD: product X	250 mg	1		½		1	ma en do

Naam + Handtekening (verplicht voor ouder/voogd van minderjarige patiënt):

Datum:/...../.....

Sociale vragenlijst

- **Woonsituatie** thuis zorgwoning rusthuis serviceflat andere

- **Krijgt u hulp thuis:**

	wie?	telefoon	waarvoor?	hoe vaak?
Familie/vrienden/mantelzorg				
Professionele zorgverlening				
Professionele zorgverlening				
Anderen				
Anderen				

- **Valpreventie:** Bent u de afgelopen 6 maanden gevallen? ja neen
 Wordt u nu opgenomen wegens een valincident? ja neen

- **Risico op delier:**

- Bent u in het verleden ooit een periode verward geweest? ja neen
- Hebt u een stofwisselingsstoornis (diabetes, schildklier)? ja neen
- Cognitieve stoornis (CVA, dementie, Parkinson, hersenschudding, hersentumor)? ja neen
- Bent u hardhorend? ja neen
 slechtziend? ja neen

- **Zelfzorg medicatie:** zelfstandig met toezicht onmogelijk

- **Bent u zelfstandig voor:**

Wassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen
Aan- en uitkleden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen
Verplaatsingen binnenshuis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen
Toiletbezoek?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen
Eten en drinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen

- **Hebt u ongewenst**

- verlies van:**

Urine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen
Stoelgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> neen

- **Godsdienst:** Ik ben gelovig en/of ik volg een specifieke levensovertuiging:
 Ik ben niet gelovig of wens dit niet te melden

- **Voeding:**

- Bent u overgevoelig aan bepaalde voedingsstoffen? Zo ja, welke:
- Bent u de laatste 6 maanden vermagerd? ja kg neen
- Hebt u voedingsproblemen (slikproblemen, geen eetlust...)? ja neen
- Volgt u een dieet: specificeer

- **Educatie**

- Ik heb bijkomende nood aan voorlichting. Specificeer

Wenst u nog iets speciaals te vermelden?

.....

Dit formulier werd ingevuld op/...../..... (d/m/j) door

- patiënt familie (verwantschap) andere