

Preoperatieve vragenlijst kind ≤ 16 jaar Dienst anesthesie

Naam kind:	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. Is uw kind allergisch? Vermeld welke reactie u vertoonde: zwelling, ademnood, jeuk, rode vlekken

- Latex ja neen reactie:
 - Contraststoffen /Jodium ja neen reactie:
 - Kleefpleisters ja neen reactie:
 - Medicatie reactie:
 - Andere reactie:
- bv. hooikoorts, kleurstoffen, kiwi, bananen, voeding*

2. Heeft uw kind:

- Losstaande tanden? ja neen welke
- Kunsttanden? ja neen
- Een hoorapparaat? ja neen links rechts

3. Werd uw kind te vroeg geboren? ja neen

Na een zwangerschapsduur van weken

Gewicht bij de geboorte: kg

4. Werd uw kind vroeger reeds geopereerd? ja neen

Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen:

- In Voor:
- In Voor:
- In Voor:
- In Voor:

Reageerde hij/zij bij een vorige verdoving op een ongewone manier? ja neen

Omschrijf zo nauwkeurig mogelijk:

Had een familielid ooit problemen met verdoving? ja neen

Zo ja, omschrijf zo nauwkeurig mogelijk:

5. Werd uw kind ooit opgenomen in een ziekenhuis ?(anders dan voor ingrepen vermeld onder punt 4.)

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

Voor: Ziekenhuis: Dokter:

Voor: Ziekenhuis: Dokter:

6. Kan uw kind **normale inspanningen** doen (lopen, sporten, ...) ja neen
 Is uw kind in behandeling (geweest) voor een **hartziekte** ja neen
 welke Dokter:.....
 Had uw kind ooit flebitis of thrombose? ja neen
 Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken of neusbloedingen? ja neen
7. Heeft uw kind een piepende ademhaling? ja neen
 Is uw kind snel kortademig? ja neen
 Is uw kind in behandeling (geweest) voor een **longziekte?** ja neen
 welke Dokter:.....
 Wordt er regelmatig gerookt in de nabijheid van uw kind? ja neen
8. Is/was uw kind in behandeling voor een nierziekte? ja neen
 welke Dokter:.....
9. Lijdt uw kind aan **suikerziekte?** ja neen
10. Heeft uw kind ooit geelzucht gehad (type:)? ja neen
11. Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte? ja neen
 Heeft uw kind last van verlamming of spasticiteit? ja neen
 Was uw kind al in behandeling bij een neuroloog of psychiater? ja neen
 welke Dokter:.....
12. Heeft uw kind problemen met het openen van de mond? ja neen
 Heeft uw kind problemen om het hoofd te bewegen? ja neen
13. Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? ja neen
 welke
14. Kreeg uw kind ooit een bloedtransfusie? ja neen
 reden:
 Vertoonde uw kind een ongewone reactie, welke ja neen
 Geeft u toestemming om bloedproducten toe te dienen indien nodig? ja neen
15. Heeft uw kind de laatste maand **koorts > 38°C** gehad? ja neen
 wanneer:.....
 Is uw kind de laatste maand **verkouden** geweest? ja neen
 Heeft uw kind de laatste maand **antibiotica** genomen? ja neen

Hebt u nog bijkomende opmerkingen:

Meer informatie over het verloop van de opname kunt u vinden in de brochure “Augustientje moet naar het ziekenhuis”, te vinden op onze website www.anesthesie-augustinus.be. Op campus Sint-Jozef kan u vragen naar de brochure “Opname van uw kind in het dag-ziekenhuis”.

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

Dit formulier werd ingevuld door

Mama Papa Andere

Naam:

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

REGELS VAN NUCHTER ZIJN. Uw kind 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
VOORBEELD: product X	250 mg	1		½		1	ma en do

Sociale vragenlijst kind ≤ 16 jaar

- **Woonsituatie** Bij ouders Bij moeder Bij vader
 Pleegouders
 Mantelzorgers (grootouders, familie,...)
 Professionele zorgverlener
 Andere
- **Wie blijft slapen in het ziekenhuis (rooming-in):**
- **Taal:** begrijpt Nederlands spreekt Nederlands andere
Kind
Moeder
Vader
- **Voeding:**
Borstvoeding
Flesvoeding: soort voeding
 hoeveelheid (water / schepjes)
 voedingsuren
Gevarieerde voeding Vlees, vis, kip
 Enkel vis
 Vegetarisch
 Koosjer
 Fruitpap
 Stukje fruit
Allergie voor bepaalde voedingsmiddelen
Specifieke voedingsgewoonten en/of dieet:
- **Slaapgewoontes:** knuffel fopspeen lampje
- **Valpreventie:**
 - Heeft uw kind een verhoogd valrisico gerelateerd aan de aandoening en/of behandeling? ja neen
 - Gebruikt uw kind een rolstoel? ja neen
 - Heeft uw kind een cognitieve stoornis? ja neen
(mentaal vertraagde ontwikkeling (hersenschudding, hersentumor)?
 - Heeft uw kind een stofwisselingsstoornis (vb. suikerziekte)? ja neen
 - Is uw kind hardhorend? ja neen
 - Is uw kind slechtziend? ja neen
- **Godsdienst:**
 Mijn kind wordt gelovig en/of volgens een specifieke levensovertuiging opgevoed

Wenst u nog iets speciaals te vermelden?
.....

Dit formulier werd ingevuld op / / (dd/mm/jjjj)

- door:** familie (verwantschap)
 andere (verwantschap)