

U ondergaat een ingreep of onderzoek onder verdoving. De anesthesist heeft een zo duidelijk mogelijk beeld nodig van uw gezondheidstoestand. Vul daarom deze vragenlijst zo compleet mogelijk in. Gelieve bij elke vraag het antwoord dat voor u van toepassing is te omcirkelen en waar nodig te verduidelijken.

PATIËNTGEGEVENS

Naam: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Leeftijd: _____ jaar

Gewicht: _____ kg

Lengte: _____ cm

CONTACTPERSOON / BEGELEIDER

Naam: _____

Voornaam: _____

Telefoonnummer: _____

Huisarts: _____

Telefoonnummer huisarts: _____

OPERATIE / ONDERZOEK / BEHANDELING WAARVOOR U WORDT OPGENOMEN

Datum: ____ / ____ / ____

Operatie: _____

Indien van toepassing: rechts / links (specificeer indien mogelijk: _____)

HEBT U AL EERDER ANESTHESIE (VERDOVING) GEHAD?

Neen / Ja

Indien ja, voor welke ingreep?

Wanneer?

In welk ziekenhuis?

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

WAREN ER BIJ VORIGE OPERATIES PROBLEMEN? (bv. met ademhaling, bloedverlies, ritmestoornissen ...)

Neen / Ja

Indien ja, welke?

Wanneer?

Welke verdoving kreeg u?

| | | |
|-------|-------|---------------------------------------|
| _____ | _____ | Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk |
| _____ | _____ | Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk |
| _____ | _____ | Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk |

FAMILIAAL

Heeft iemand uit uw familie ooit slecht gereageerd op verdoving? Neen / Ja, namelijk: _____

Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie? Neen / Ja, namelijk: _____

Lijdt u of iemand van uw familie aan één van de volgende aandoeningen: (enkel indien u de term kent en dit voor u van toepassing is)

Maligne hyperthermie Neen / Ja, namelijk: _____

Pseudocholinesterase deficiëntie Neen / Ja, namelijk: _____

Preoperatieve vragenlijst

BENT U OVERGEVOELIG (INTOLERANT) OF ALLERGISCH AAN:

Latex Neen / allergisch, met als reactie: _____

Kleefpleisters Neen / allergisch, met als reactie: _____

Huisstofmijt / huisstof Neen / allergisch, met als reactie: _____

Planten / pollen / bomen Neen / allergisch, met als reactie: _____

Ontsmettingsmiddelen / jood Neen / allergisch, met als reactie: _____

Medicatie (welke: _____) Neen / intolerant / allergisch, met als reactie: _____

Voedsel (welke: _____) Neen / intolerant / allergisch, met als reactie: _____

Andere? _____

VERSLAVING

Rookt u? Neen / Ja, _____ per dag, al _____ jaar

Hebt u ooit gerookt? Neen / Ja, _____ jaar

Drinkt u alcohol? Neen / Ja, _____ glazen per dag/week

Gebruikt u regelmatig drugs? Neen / Ja, _____ (welke?), _____ per dag/week

Gebruikt u pijnstillers? Neen / Ja, _____ (welke?), _____ per dag/week

Gebruikt u slaap-/kalmeermiddelen? Neen / Ja, _____ (welke?), _____ per dag/week

HEBT U ...

Een kunstgebit? Neen / Ja

Kunsttanden? Neen / Ja

Losstaande tanden? Neen / Ja, namelijk: _____

Contactlenzen? Neen / Ja

Een hoorapparaat? Neen / Ja

Een ingeplante pomp?* Neen / Ja *voor pijnstilling of andere medische redenen

Piercings? Neen / Ja: verwijder deze thuis

Kunstnagels? Neen / Ja: verwijder deze thuis

BESMETTELIJKE ZIEKTE

Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

ENDOCRINOLOGIE

Lijdt u aan suikerziekte (diabetes)? Neen / Ja: noteer welke medicatie u hiervoor neemt op de laatste bladzijde

Lijdt u aan een schildklierziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

LUCHTWEGEN

Hebt u last van een piepende ademhaling? Neen / Ja

Hebt u astma of hooikoorts? Neen / Ja

Bent u of was u in behandeling voor een longziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

Preoperatieve vragenlijst

HART EN VAATSTELSEL

- Hebt u soms pijn in de arm of borstkas bij inspanning? Neen / Ja
- Bent u kort van adem na een kleine inspanning? Neen / Ja
- Hebt u last van hartkloppingen? Neen / Ja
- Hebt u soms gezwollen voeten? Neen / Ja
- Hebt u ooit flebitis gehad? Neen / Ja
- Bent u in behandeling voor een hartziekte? Neen / Ja, namelijk: _____
- Hebt of had u een aandoening aan de bloedvaten? Neen / Ja, namelijk: _____
- Hebt u een pacemaker of stimulator? Neen / Ja
- Hebt u gemakkelijk blauwe plekken? Neen / Ja
- Bloedt u lang (bv. na het trekken van een tand)? Neen / Ja
- Neemt u bloedverduunners? Neen / Ja: noteer de medicatie die u neemt op de laatste bladzijde

NIEREN

- Bent u nierdialysepatiënt? Neen / Ja, dialysedagen: _____
- Bent u of was u in behandeling voor een nierziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

SPJESVERTERINGSSTELSEL EN LEVER

- Hebt u last van maagzuur? Neen / Ja
- Hebt u last van misselijkheid of braken? Neen / Ja
- Hebt u ooit geelzucht gehad? Neen / Ja, namelijk: _____

BEWEGINGS- EN ZENUWSTELSEL

- Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte? Neen / Ja
- Hebt u een zenuwaandoening? Neen / Ja, namelijk: _____
- Hebt u een ruggenmergletsel? Neen / Ja, namelijk: _____
- Hebt u soms rugpijn? Neen / Ja, namelijk: _____
- Hebt u een spier- of gewrichtsziekte (reuma, artritis ...)? Neen / Ja, namelijk: _____

OGEN

- Hebt u een oogaandoening (bv. glaucoom)? Neen / Ja, namelijk: _____

HUID

- Hebt u een huidziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

HALS EN MOND

- Kunt u moeilijk uw mond opendoen (ongeveer 3 cm)? Neen / Ja
- Kunt u moeilijk uw hoofd (zonder pijn) bewegen? Neen / Ja

ENKEL VOOR VROUWELIJKE PATIËNTEN

- Bent u (mogelijk) zwanger? Neen / Ja, _____ weken
- Hebt u last van overvloedige menstruatie? Neen / Ja

Preoperatieve vragenlijst

UW MEDICATIE

Noteer hier alle medicatie die u momenteel neemt en hoeveel per dag:

(inclusief natuurproducten, magistrale bereidingen, anticonceptiva, oog- en neusdruppels)

| CHRONISCHE MEDICATIE: | 'S MORGENS | 'S MIDDAGS | 'S AVONDS | VOOR SLAPENGAAN |
|-----------------------|------------|------------|-----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| RECENT TOEGEVOEGDE MEDICATIE: | 'S MORGENS | 'S MIDDAGS | 'S AVONDS | VOOR SLAPENGAAN |
|-------------------------------|------------|------------|-----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

BEMERKINGEN:

OVERIGE OPMERKINGEN

Wenst u nog andere zaken te vermelden, schrijf deze dan hier:

Datum: ____ / ____ / _____

Handtekening: