

Uw kind ondergaat een ingreep of onderzoek onder verdoving. De anesthesist heeft een zo duidelijk mogelijk beeld nodig van zijn of haar gezondheidstoestand. Vul daarom deze vragenlijst zo compleet mogelijk in. Gelieve bij elke vraag het antwoord dat voor uw kind 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 UW KIND WORDT OPGENOMEN

Datum: ____ / ____ / ____

Operatie: _____

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

HEEFT UW KIND AL EERDER ANESTHESIE (VERDOVING) GEHAD?

Neen / Ja

Indien ja, voor welke ingreep?

Wanneer?

In welk ziekenhuis?

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?

Indien ja, welke?	Wanneer?	Welke verdoving kreeg u?
_____	_____	Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk
_____	_____	Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk
_____	_____	Volledig / gedeeltelijk / plaatselijk

FAMILIAAL

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

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

Lijdt uw kind of iemand van uw familie aan één van de volgende aandoeningen:

Maligne hyperthermie (hoge koorts en snelle hartslag door de verdoving) Neen / Ja, namelijk: _____

Pseudocholinesterase deficiëntie (moeilijk afbreken van de verdoving) Neen / Ja, namelijk: _____

Preoperatieve vragenlijst

IS UW KIND 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 uw kind? Neen / Ja, _____ per dag, al _____ jaar

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

Gebruikt uw kind drugs? Neen / Ja, _____ (welke?), _____ per dag/week

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

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

HEEFT UW KIND ...

Een beugel? 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 uw kind aan een besmettelijke ziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

ENDOCRINOLOGIE

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

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

LUCHTWEGEN

Heeft uw kind last van een piepende ademhaling? Neen / Ja

Heeft uw kind astma of hooikoorts? Neen / Ja

Heeft uw kind chronische bronchitis? Neen / Ja

Is of was uw kind in behandeling voor een longziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

Preoperatieve vragenlijst

HART EN VAATSTELSEL

Heeft uw kind soms pijn in de arm of borstkas bij inspanning? Neen / Ja

Is uw kind kort van adem na een kleine inspanning? Neen / Ja

Heeft uw kind soms last van hartkloppingen? Neen / Ja

Is uw kind in behandeling voor een hartziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

Heeft uw kind een aandoening aan de bloedvaten? Neen / Ja, namelijk: _____

Krijgt uw kind gemakkelijk blauwe plekken? Neen / Ja

Bloedt uw kind lang (bv. na het trekken van een tand)? Neen / Ja

NIEREN

Heeft uw kind een nierziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

SPJESVERTERINGSSTELSEL EN LEVER

Heeft uw kind last van maagzuur? Neen / Ja

Heeft uw kind last van misselijkheid of braken? Neen / Ja

Heeft uw kind ooit geelzucht gehad? Neen / Ja, namelijk: _____

BEWEGINGS- EN ZENUWSTELSEL

Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte? Neen / Ja

Heeft uw kind een zenuwaandoening? Neen / Ja, namelijk: _____

Heeft uw kind een ruggenmergletsel? Neen / Ja, namelijk: _____

Heeft uw kind soms rugpijn? Neen / Ja, namelijk: _____

Heeft uw kind een spier- of gewrichtsziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

OGEN

Heeft uw kind een oogaandoening? Neen / Ja, namelijk: _____

HUID

Heeft uw kind een huidziekte? Neen / Ja, namelijk: _____

HALS EN MOND

Kan uw kind de mond moeilijk opendoen (ongeveer 3 cm)? Neen / Ja

ENKEL VOOR VROUWELIJKE PATIËNTEN

Neemt uw dochter de pil? Neen / Ja

Is uw dochter (mogelijk) zwanger? Neen / Ja, _____ weken

Heeft uw dochter last van overvloedige menstruatie? Neen / Ja

Preoperatieve vragenlijst

UW MEDICATIE

Noteer hier alle medicatie die uw kind 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:

Kleef hier de patiëntensticker



**Informed
consent**

KINDEREN

Toestemmingsformulier voor een ingreep/procedure/opname bij een minderjarige

Ik, (naam, voornaam ouder/voogd)

geef hierbij toelating om (naam, voornaam patiënt)

de volgende operatie/behandeling uit te voeren
door de behandelende artsen en hen de verdoving te laten verrichten die ze daarvoor nodig vinden. Ik kreeg voldoende informatie over de opname en de ingreep en ik verbind me ertoe om alle pre- en postoperatieve richtlijnen strikt na te leven.

Ik heb zorgvuldig de preoperatieve vragenlijst ingevuld en heb alle vragen goed begrepen. Eventuele bijkomende onderzoeken heb ik laten uitvoeren.

Ik verbind mij ertoe om deze aanbevelingen na te leven en ik weet wat de risico's zijn als ze niet nageleefd worden:

1. Mijn kind blijft volledig nuchter: verboden te eten of drinken vanaf middernacht de avond voor de ingreep.

Mijn kind kreeg de toelating van de chirurg of behandelend arts om te eten of te drinken.

Eten: wat en hoe laat?

Drinken: wat en hoe laat?

2. Ik zorg ervoor dat mijn kind geen juwelen, nagellak, contactlenzen of gehoorapparaten draagt voor de ingreep.

3. Ik weet dat gedurende de ingreep/procedure/opname - in geval van onvoorziene omstandigheden - de arts genoodzaakt kan zijn om de ingreep/procedure uit te breiden met bijkomende behandelingen, verschillend van diegene die oorspronkelijk werden voorzien. In deze omstandigheden geef ik de toestemming aan de arts om elke daad te stellen die hij absoluut noodzakelijk vindt voor het behoud of het herstel van de gezondheidstoestand van mijn kind.

4. Ik begrijp dat in uitzonderlijke situaties de ingreep kan verschoven worden naar een later uur of een latere datum.

5. Ik verklaar akkoord te zijn met de noodzakelijke anesthesietechniek (sedatie, algemene of regionale verdoving of een combinatie van deze drie). Deze keuze wordt in overleg met de chirurg en de anesthesist gemaakt en er wordt rekening gehouden met de aard van de ingreep, de duur, de risicofactoren en de specifieke patiëntgebonden factoren. Ik weet dat ik de anesthesist altijd kan spreken over de operatie.

6. Ik geef toestemming om – als het nodig is – bloedproducten toe te dienen. *(Als u niet akkoord gaat met bloedtransfusies, vul dan het déchargeformulier in voor patiënten die een bloedtoediening weigeren.)*

7. Ik geef de zorgverlener toestemming om voor/tijdens/na de bovenvermelde ingreep/procedure anoniem beeldmateriaal of foto's te nemen, die later kunnen gebruikt worden voor medisch onderwijs of wetenschappelijke publicatie.

8. Ik weet dat ik voor dit type van behandeling/procedure een prijsraming kan opvragen (telefonisch, via mail of via de kassa) in verhouding met mijn persoonlijke eisen. Ik informeer me zelf over de mate van tussenkomst van de hospitalisatieverzekering.

9. Mijn kind neemt tot 24 uur na de ingreep enkel de geneesmiddelen in die door de arts specifiek werden voorgeschreven.

10. Ik zorg ervoor dat mijn kind door een volwassene naar huis begeleid wordt.

Naam begeleider:..... Telefoon begeleider:

11. Ik zorg ervoor dat mijn kind de eerste 24 uur na de behandeling thuis wordt bijgestaan door een volwassene.

Gelezen en goedgekeurd

Handtekening:

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

De dienst anesthesie heeft een brochure opgesteld met alle nodige informatie over de soorten verdoving, de voorbereidingen op de verdoving en de mogelijke risico's en nevenwerkingen ervan. De brochure is gratis te verkrijgen aan het **onthaal** of online te bekijken op onze website **www.azstlucas.be**.

Als u na het lezen van de brochure nog vragen hebt over de verdoving, kunt u altijd telefonisch contact opnemen met de dienst anesthesie. U ziet de anesthesist ook nog net voor de operatie of op de preoperatieve consultatie anesthesie zien.

Contact:

Dienst Anesthesie

Preopnamebalie

Straat 63

T 09 224 61 69



ZONDER EEN NAGELEZEN, INGEVULD EN ONDERTEKEND INFORMED CONSENT KAN DE INGREEP UITGESTELD WORDEN.