

Preoperatieve vragenlijst Dienst anesthesie

Naam : Voornaam:

Geboortedatum:/...../.....

Heelkundige ingreep/onderzoek:..... links rechts

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 neen reactie:
 - Contraststoffen ja neen reactie:
 - Kleefpleisters ja neen reactie:
 - Medicatie reactie:
 - Andere reactie:
- vb. kleurstoffen, kiwi, bananen, hooikoorts, voeding

- 2. Rookt u?** ja neen hoeveel? per dag
- Hebt u gerookt? ja neen hoelang? jaren, tot
- Gebruikt u alcohol? ja neen aantal: glazen per dag week
- Gebruikt u drugs? ja neen welke?

- 3. Hebt u...**
- Een kunstgebit? ja neen
- Kunsttanden? ja neen
- Losstaande tanden? ja neen welke?
- Contactlenzen? ja neen
- Een hoorapparaat? ja neen links rechts
- Piercings? ja neen Indien ja, verwijder ze thuis.
- Kunstnagels? ja neen indien ja, verwijder ze thuis.
- Een pacemaker, een ICD, een stimulator, ingeplante pomp? ja neen

- 4. Werd u vroeger reeds geopereerd?** ja neen
- 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 neen
- Zo ja, omschrijf zo nauwkeurig mogelijk:
- Had een familielid ooit problemen met verdoving? ja neen
- 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