

DIENST ANESTHESIE

Diensthof
 Prof. dr. P. Wouters

CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS

Afdelingshof
 Dr. M. Coppens

Preoperatieve vragenlijst voor kinderen

CONTACT CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS		ADREMA
TELEFOON +32 (0)9 332 53 84 FAX +32 (0)9 332 53 85	E-MAIL chir.dagziekenhuis@uzgent.be	
DOCNR	VERSIE	PAGINA
	2010/1	1/4

Deze vragenlijst dient om de gezondheidstoestand van uw kind voor de geplande heelkundige ingreep, het onderzoek of de behandeling te kennen. Ze maakt deel uit van het preoperatief onderzoek en is strikt vertrouwelijk. Via dit formulier geeft u door ondertekening ook toestemming tot anesthesie. In te vullen en te ondertekenen.

Voor de artsen: richtlijnen preoperatieve onderzoeken: www.riziv.fgov.be >zorgverleners>artsen>kwaliteitspromotie >feedbackcampagnes>feedback preoperatieve onderzoeken >Medflash september 2005

Patiëntgegevens	Contacten
Naam _____	Naam ouder of voogd: _____
Geboortedatum: ___ / ___ / ___	Telefoon: _____
Telefoon: _____	Huisarts: _____
	Telefoon huisarts: _____
Aanvullende patiëntgegevens	Operatie, onderzoek, behandeling waarvoor kind wordt opgenomen
Leeftijd: _____ jaar	Datum: ___ / ___ / ___
Gewicht: _____ kg	Operatie: _____ rechts - links*
Lengte: _____ cm	_____
Bloedgroep: _____	_____
	Naam begeleider: _____
	Tel. begeleider: _____

Is uw kind allergisch aan of overgevoelig voor:

Latex	ja – neen*
Huisstofmijt of huisstof	ja – neen*
Verdovingsstoffen bij de tandarts	ja – neen*
Planten, pollen of bomen	ja – neen*
Ontsmettingsmiddelen/jood	ja – neen*
Medicatie	ja – neen* welke? _____
Voedsel of andere?	ja – neen* welke? _____

Algemene gezondheidstoestand

Is uw kind al ernstig ziek geweest? ja – neen* Welke ziekte?
Is uw kind de laatste 6 weken ziek geweest? ja – neen*
Is uw kind prematuur geboren? ja – neen* Op _____ weken
Geboortegewicht: _____ kg
Volgt uw kind een dieet? ja – neen* Welk? _____

Heeft uw kind...

Losstaande tanden? ja – neen* Welke? _____
Contactlenzen? ja – neen*
Piercings? ja – neen* Indien ja, verwijder deze thuis

Werd uw kind al eerder geopereerd of opgenomen in een ziekenhuis?

ja – neen*

Indien ja,
Waarvoor? _____ Wanneer? _____ Welk ziekenhuis? _____

Waren er bij vorige opnames problemen? ja – neen*

Indien ja,
Welke? _____ Wanneer? _____ Welke verdoving werd gebruikt?

_____ Algeheel / plaatselijk*
_____ Algeheel / plaatselijk*
_____ Algeheel / plaatselijk*
_____ Algeheel / plaatselijk*

Familiaal

Zijn er in de familie al ernstige moeilijkheden geweest bij een verdoving? ja – neen*
Welke? _____
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie? ja – neen*
Welke? _____

Aandoeningen van hals en mond

Is de mondopening beperkt? ja – neen* Breng hiervoor 2 vingers boven
Zijn er problemen bij het bewegen van het hoofd? ja – neen* elkaar in de mondopening

Besmettelijke ziekte

Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? ja – neen*
Welke? _____

Suikerziekte

Heeft uw kind suikerziekte? ja – neen*

Ziekten van longen en ademhalingsstelsel

Heeft uw kind een piepende ademhaling? ja – neen*

Heeft uw kind astma of hooikoorts? ja – neen*

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een longziekte? ja – neen*

Welke? _____

Ziekten van hart en bloedvaten

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een hart- of vaatziekte? ja – neen*

Welke? _____

Heeft uw kind een hartgeruis? ja – neen*

Kleuren de lippen van uw kind soms blauw? ja – neen*

Is uw kind kortademig wanneer het speelt, fietst of loopt? ja – neen*

Ziekten van nieren

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een nierziekte? ja – neen*

Welke? _____

Problemen met de stolling van het bloed

Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken zonder reden? ja – neen*

Heeft uw kind last van bloedend tandvlees? ja – neen*

Ziekten van het spijsverteringsstelsel

Is uw kind ooit behandeld voor geelzucht? ja – neen*

Ziekten van het zenuwstelsel

Heeft uw kind ooit het bewustzijn verloren? ja – neen*

Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte? ja – neen*

Heeft uw kind een spierziekte? ja – neen*

Medicatie

Neemt uw kind medicatie of heeft het de laatste zes maanden medicatie genomen?

ja – neen*

Noteer duidelijk welk(e) geneesmiddel(en), de hoeveelheid in mg of g en het tijdstip van inname.

Vraag de lijst aan uw huisarts en breng ze mee.

Naam geneesmiddel	Dosis (in mg of g)	Wanneer?
Medicatie voor hart en bloedvaten		
Medicatie i.v.m. bloedstolling		
Medicatie i.v.m. suikerziekte		
Andere		

Ik heb deze preoperatieve vragenlijst en de onthaalbrochure van het chirurgisch dagziekenhuis gelezen en ik verklaar bij opname op de hoogte te zijn van de richtlijnen van daghospitalisatie.

Gedaan op: ____ / ____ / ____ door (naam): _____

Handtekening: