

DIENST ANESTHESIE

Diensthooft
Prof. dr. P. Wouters

CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS

Afdelingshoofd
Dr. M. Coppens

Preoperatieve vragenlijst voor volwassenen

CONTACT CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS

TELEFOON

+32 (0)9 332 53 84

FAX

+32 (0)9 332 53 85

E-MAIL

chir.dagziekenhuis@uzgent.be

DOCNR

VERSIE

2010/1

PAGINA

1/4

ADREMA

Deze vragenlijst dient om uw gezondheidstoestand 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 door de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

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

Patiëntgegevens

Naam _____

Geboortedatum: ___ / ___ / ___

Telefoon: _____

Contacten

Naam contactpersoon: _____

Telefoon contactpersoon: _____

Huisarts: _____

Telefoon huisarts: _____

Aanvullende patiëntgegevens

Leeftijd: _____ jaar

Gewicht: _____ kg

Lengte: _____ cm

Bloedgroep: _____

Operatie, onderzoek of behandeling waarvoor u wordt opgenomen

Datum: ___ / ___ / ___

Operatie: _____ rechts - links*

Naam begeleider: _____

Telefoon begeleider: _____

Bent u 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? _____

Gewoontes

Rookt u?	ja – neen*	Hoeveel?	_____ /dag
		Hoelang al?	_____ jaar
Hebt u gerookt?	ja – neen*	Hoelang?	_____ jaar
Gebruikt u alcohol?	ja – neen*	Hoeveel?	_____ glazen/dag/week
Gebruikt u regelmatig drugs (verslavingsmiddelen)?	ja – neen*	Welke?	_____

Hebt u ...

Een kunstgebit?	ja – neen*		
Kunsttanden?	ja – neen*		
Losstaande tanden?	ja – neen*	Welke?	_____
Contactlenzen?	ja – neen*		
Een hoorapparaat?	ja – neen*		
Piercings?	ja – neen*	Indien ja, verwijder deze thuis	
Kunstnagels?	ja – neen*	Indien ja, verwijder deze thuis	
Een pacemaker of stimulator?	ja – neen*		
Een ingeplante pomp (voor pijnstilling of andere medische reden)?	ja – neen*		

Werd u al eerder geopereerd? ja – neen*

Indien ja,			
Welke operatie(s)?		Wanneer?	Welk ziekenhuis?
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____

Waren er bij vorige operaties problemen? ja – neen*

Indien ja,			
Welke?		Wanneer?	Welke verdoving kreeg u?
_____		_____	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk*
_____		_____	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk*
_____		_____	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk*
_____		_____	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk*

Familiaal

Heeft al iemand in de familie slecht gereageerd op een narcose?	ja – neen*
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie?	ja – neen*

Aandoeningen van hals en mond

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*	
Voelt u bij het bewegen van het hoofd pijn in nek, schouders of armen?	ja – neen*	

Enkel voor vrouwelijke patiënten

Bent u (mogelijk) zwanger?	ja – neen*
Hebt u last van overvloedige menstruatie?	ja – neen*

Besmettelijke ziekte

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

Suikerziekte

Lijdt u aan suikerziekte? ja – neen*

Ziekten van longen en ademhalingsstelsel

Hebt u een piepende ademhaling? ja – neen*
Hebt u astma of hooikoorts? ja – neen*
Bent of was u in behandeling voor een longziekte? ja – neen*

Ziekten van hart en bloedvaten

Hebt u soms pijn of een toesnoerend gevoel in arm of borstkas bij inspanning? ja – neen*
Hebt u last van hartkloppingen? ja – neen*
Hebt u soms gezwollen voeten? ja – neen*
Slaapt u halfzittend? ja – neen*
Hebt u problemen tijdens huishoudelijk werk? ja – neen*
Bent u kort van adem na trappen doen van 2 verdiepingen? ja – neen*
Bent u in behandeling voor een hartziekte? ja – neen*
Hebt u ooit flebitis gehad? ja – neen*
Hebt u een aandoening van de bloedvaten (gehad)? ja – neen*
Wat is uw normale bloeddruk? _____ / _____

Ziekten van nieren en urinair stelsel

Bent u nierdialysepatiënt? ja – neen*
Bent of was u in behandeling voor een nierziekte? ja – neen*
Welke? _____

Problemen met de stolling van het bloed

Hebt u gemakkelijk blauwe plekken? ja – neen*
Hebt u al neusbloedingen gehad? ja – neen*
Hebt u last van bloedend tandvlees? ja – neen*

Ziekten van spijsverteringsstelsel en lever

Hebt u last van maagzuur? ja – neen*
Hebt u last van misselijkheid of braken? ja – neen*
Hebt u ooit geelzucht gehad? ja – neen*
Welke vorm? _____

Ziekten van het zenuwstelsel

Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte? ja – neen*
Bent u al in behandeling geweest bij een neuroloog of psychiater? ja – neen*
Hebt u last van tintelingen, zinderen of gevoelloosheid ter hoogte van de ledematen? ja – neen*
Waar? _____

Aandoeningen van het bewegingsstelsel

Hebt u soms rugpijn? ja – neen*
Hebt u reuma of artritis? ja – neen*
Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese? ja – neen*

Medicatie

Neemt u nu of hebt u in de laatste zes maanden medicatie genomen?

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

Vermeld hier ook alle pijnstillers, slaapmedicatie, medicatie om te vermageren, enz...

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

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alternatieve middelen

Hebt u de afgelopen 6 maanden gebruik gemaakt van:

homeopathische middelen,

geneeskrachtige kruiden of

voedingssupplementen?

ja – neen*

Zo ja. Welke?

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: