**PREOPERATIEVE VRAGENLIJST**

Geachte ouder(s), deze vragenlijst kreeg u van de chirurg. De lijst biedt nuttige informatie over de gezondheidstoestand van uw kind(je) voor de arts/anesthesist. Tracht dit zo volledig mogelijk in te vullen. Informeer u desnoods bij uw arts. Het spreekt voor zich dat de verworven informatie enkel de betrokken zorgverleners aanbelangt.

Naam van het kind(je) : _____
Voornaam : _____
Bloedgroep : _____
Geboortedatum : _____ Contactpersoon : _____
Gezinssituatie : - broertje (s) _____
- zusje(s) _____

1. Waarom wordt uw kind(je) opgenomen in het ziekenhuis? _____

2. Neemt uw kind(je) momenteel medicatie ? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, vermeld welke, dosis en tijdstip.

| naam van het medicament | vorm | dosis | ochtend | middag | avond | nacht |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

3. Onderging uw kind(je) ooit een heelkundige ingreep onder algemene of plaatselijke verdoving ? Indien ja, ☐ ja ☐ neen

| welke | jaartal |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

4. Werd uw kind(je) reeds voor iets anders opgenomen in ons ziekenhuis ?
Indien ja, ☐ ja ☐ neen

| welke | jaartal |
|---|---|
| | |
| | |

5. Heeft uw kind(je) ooit ongewone reacties of problemen gehad na een verdoving ? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, welke problemen ? _____
Zijn er rechtstreekse familieleden die ernstige problemen gehad hebben bij een verdoving ? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, welke problemen ? _____

6. Heeft uw kind(je) gisteren of vandaag temperatuursverhoging gehad ? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, gemeten temperatuur in C° _____

7. Kreeg uw kind(je) reeds een bloedtransfusie ? ☐ ja ☐ neen
Waarom ? _____

8. Is uw kind (je) overgevoelig of allergisch voor :
- bepaalde medicatie, welke ? ☐ ja ☐ neen
-voedingswaren, welke ? ☐ ja ☐ neen
-kleefpleister ☐ ja ☐ neen
-pollen ☐ ja ☐ neen
- bepaalde stoffen, welke ? ☐ ja ☐ neen
- bepaalde dieren, welke ? ☐ ja ☐ neen

9. Heeft uw kind(je) hartklachten ? ☐ ja ☐ neen
Welke ? _____

10. Heeft uw kind(je) ademhalingsproblemen ? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, welke ? ☐ ja ☐ neen
Heeft uw kind(je) een neusverkoudheid op dit moment ? ☐ ja ☐ neen
Hoest uw kind(je) ? ☐ ja ☐ neen
Moet uw kind(je) fluimen ophoesten ? ☐ ja ☐ neen

11. Is uw kind(je) in behandeling voor suikerziekte ? ☐ ja ☐ neen
Krijgt hij/zij hiervoor inspuitingen ? ☐ ja ☐ neen
(zo ja, vermeld het product, aantal eenheden en tijdstip) ☐ ja ☐ neen

12. Heeft uw kind(je) ooit geelzucht (hepatitis) gehad ? ☐ ja ☐ neen
13. Voelt uw kind(je) zich uitermate angstig of zenuwachtig ? ☐ ja ☐ neen
14. Is uw kind(je) in behandeling voor epilepsie (of vallende ziekte ?) ☐ ja ☐ neen
15. Lijdt uw kind(je) soms aan een andere aandoening ? ☐ ja ☐ neen
Zo ja ? Welke ? _____
(aandacht voor stollingsproblemen, nierziekten, spierziekten enz.)
16. Draagt uw kind(je) :
☐ beugeltje ☐ bril ☐ hoorapparaat ☐ andere _____
17. Wat is uw geloofsovertuiging ?

**Ik verklaar dat ik deze gegevens volledig en correct heb ingevuld en de informatiebrochure heb gelezen.**

**Naam ouder/voogd:** **Datum:** **Handtekening:**

**De dienst Anesthesie dankt u voor deze informatie.**