PREOPERATIEVE VRAGENLIJST in te vullen door de patiënt

Geachte patiënt, deze vragenlijst kreeg u van uw chirurg en richt zich tot u. Tracht dit zo volledig mogelijk in te vullen. De lijst biedt nuttige informtie over uw gezondheidstoestand voor de arts/anesthesist. Informeer u desnoods bij uw huisarts. Het spreekt voor zich dat de verworven informatie enkel de betrokken zorgverleners aanbelangt.

Naam: Gewicht: Lengte:
Voornaam : Bloedgroep :
(overhandig uw bloedgroepkaartje aan de verpleegkundige)
Geboortedatum : Contactpersoon:

1. Waarom wordt u opgenomen in het ziekenhuis? _____

2. Neemt u momenteel medicatie? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, vermeld welke, dosis en tijdstip.

naam van het medicament	vorm	dosis	ochtend	middag	avond	nacht

3. Onderging u ooit een heelkundige ingreep onder algemene of plaatselijke verdoving?
Indien ja, ☐ ja ☐ neen

welke	jaartal

4. Werd u reeds voor iets anders opgenomen in ons ziekenhuis?
Indien ja, ☐ ja ☐ neen

welke	jaartal

5. Heeft u ooit ongewone reacties of problemen gehad na een verdoving?
Indien ja, welke problemen? ☐ ja ☐ neen

Zijn er rechtstreekse familieleden die ernstige problemen gehad hebben bij een verdoving?
Indien ja, welke problemen? _____ ☐ ja ☐ neen

6. Kreeg u reeds een bloedtransfusie? ☐ ja ☐ neen
Waarom? _____
7. Bent u overgevoelig of allergisch voor :
- bepaalde medicatie, welke? _____ ☐ ja ☐ neen
-voedingswaren, welke? _____ ☐ ja ☐ neen
-kleefpleister _____ ☐ ja ☐ neen
-pollen _____ ☐ ja ☐ neen
-andere : _____ ☐ ja ☐ neen
8. Gebruikt u:
-tabak : zo ja, aantal eenheden/dag _____ ☐ ja ☐ neen
-alcohol : zo ja, aantal glazen /dag /week ☐ ja ☐ neen
-drugs: zo ja; welke? _____ ☐ ja ☐ neen
9. Heeft u gemakkelijk rugklachten? ☐ ja ☐ neen
10. Heeft u hartklachten? (beklemmend gevoel of pijn in borstkas, ☐ ja ☐ neen
infarct, hartkloppingen …) Welke? _____
Heeft u soms last van een te hoge bloeddruk of wordt u hiervoor ☐ ja ☐ neen
behandeld? _____
Heeft u soms last van een te lage bloeddruk? ☐ ja ☐ neen
Bent u vlug kortademig, voelt u zich vlug benauwd bij inspanningen? ☐ ja ☐ neen
Bent u vlug kortademig of voelt u zich vlug benauwd bij rust? ☐ ja ☐ neen
Heeft u soms gezwollen benen en/of voeten? ☐ ja ☐ neen
Heeft u last van spataders (varices)? ☐ ja ☐ neen
Heeft u ooit flebitis (ontsteking bloedvat) gehad? ☐ ja ☐ neen
11. Heeft u ademhalingsproblemen? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, welke? _____ ☐ ja ☐ neen
Heeft u vroeger een zware longaandoening doorgemaakt? ☐ ja ☐ neen
Indien ja, welke? _____ ☐ ja ☐ neen
Moet u fluimen ophoesten? ☐ ja ☐ neen
Lijdt u op dit moment aan een verkoudheid of griep? ☐ ja ☐ neen
12. Bent u in behandeling voor suikerziekte? ☐ ja ☐ neen
Krijgt u hiervoor inspuitingen? ☐ ja ☐ neen
(zo ja, vermeld het product, aantal eenheden en tijdstip)
13. Heeft u ooit geelzucht (hepatitis) gehad? ☐ ja ☐ neen
14. Bent u in behandeling voor zenuwziekte? ☐ ja ☐ neen
Voelt u zich uitermate angstig of zenuwachtig? ☐ ja ☐ neen
15. Bent u in behandeling voor epilepsie (of vallende ziekte?) ☐ ja ☐ neen
16. Lijdt u soms aan een andere aandoening? ☐ ja ☐ neen
Zo ja? Welke? _____
(aandacht voor stollingsproblemen, nierziekten, spierziekten enz.)
17. Heeft u prothesen?
☐ bril ☐ kunstgebit ☐ pacemaker
☐ lenzen ☐ hoorapparaat ☐ heup/knieprothese
18. Heeft u losse tanden? ☐ ja ☐ neen
19. Wat is uw geloofsovertuiging?

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

De dienst Anesthesie dankt u voor deze informatie.