

# PREOPERATIEVE VRAGENLIJST – KIND ≤ 16 jaar

## DIENST ANESTHESIE

|                                     |  |                                |                                 |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Naam:.....                          |  | Voornaam:.....                 |                                 |
| Geboortedatum .. / .. / ..          |  |                                |                                 |
| Heelkundige ingreep/onderzoek:..... |  | Links <input type="checkbox"/> | rechts <input type="checkbox"/> |
| Arts:.....                          |  |                                |                                 |
| Opnamedatum:.. / .. / ..            |  | Uur: ..:..:..                  | Datum ingreep: .. / .. / ..     |

|  |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
| Gewicht: ..... kg                        | Lengte: ..... cm | Bloedgroep:..... |
| Gelieve bloedgroepkaartje mee te brengen |                  |                  |

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Contactpersoon: Naam:..... | Telefoon:..... |
| Naam:.....                 | Telefoon:..... |

- Is uw kind allergisch?** Vermeld welke reactie hij/zij vertoonde: zwelling, ademnood, jeuk, rode vlekken

  - Latex (handschoenen, ballonnen) ja  neen  reactie.....
  - Contraststoffen/Jodium ja  neen  reactie.....
  - Kleefpleisters ja  neen  reactie.....
  - Medicatie: ..... reactie.....
  - Andere: ..... reactie.....

vb. hooikoorts, kleurstoffen, kiwi, bananen, voeding
- Heeft uw kind ...:**

|                   |                             |                               |  |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Losstaande tanden | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> | welke.....   |
| Kunsttanden       | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> |  |
| Een hoorapparaat  | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> | links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> |
- Werd uw kind te vroeg geboren** ja  neen

Na een zwangerschapsduur van ..... weken

Gewicht bij de geboorte: ..... kg
- Werd uw kind vroeger reeds geopereerd** ja  neen

Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen:

In..... Voor: .....

In..... Voor: .....

In..... Voor: .....

In..... Voor: .....

Reageerde hij/zij bij een vorige verdoving op een ongewone manier? ja  neen

*Omschrijf zo nauwkeurig mogelijk.....*

Had een familiaid ooit problemen met verdoving? ja  neen

*Omschrijf zo nauwkeurig mogelijk.....*
- Werd uw kind ooit opgenomen in een ziekenhuis (anders dan voor ingrepen vermeld onder punt 4.)**

*Zo ja, waarvoor, in welk ziekenhuis, bij welke arts:*

Voor: ..... Ziekenhuis: .....Dokter: .....

Voor: ..... Ziekenhuis: .....Dokter: .....

6. Kan uw kind **normale inspanningen** doen (lopen, sporten, ...) ja  neen   
 Is uw kind in behandeling (geweest) voor een **hartziekte** ja  neen   
 welke.....Dokter:.....  
 Had uw kind ooit flebitis of thrombose ja  neen   
 Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken of neusbloedingen ja  neen
7. Heeft uw kind een piepende ademhaling ja  neen   
 Is uw kind snel kortademig ja  neen   
 Is uw kind in behandeling (geweest) voor een **longziekte** ja  neen   
 welke.....Dokter:.....  
 Wordt er regelmatig gerookt in de nabijheid van uw kind ja  neen
8. Is/was uw kind in behandeling voor een nierziekte ja  neen   
 welke.....Dokter:.....
9. Lijdt uw kind aan **suikerziekte** ja  neen
10. Heeft uw kind ooit geelzucht gehad (type:.....) ja  neen
11. Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte ja  neen   
 Heeft uw kind last van verlamming of spasticiteit ja  neen   
 Was uw kind al in behandeling bij een neuroloog of psychiater ja  neen   
 waarvoor:.....Dokter:.....
12. Heeft uw kind problemen met het openen van de mond ja  neen   
 Heeft uw kind problemen om het hoofd te bewegen ja  neen
13. Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte ja  neen   
 welke: .....
14. Kreeg uw kind ooit een bloedtransfusie ja  neen   
 reden: .....  
 Vertoonde uw kind een ongewone reactie ja  neen   
 Geeft u toestemming om bloedproducten toe te dienen indien nodig: ja  neen
15. Heeft uw kind de laatste maand **koorts > 38°C** gehad ja  neen   
 wanneer:.....  
 Is uw kind de laatste maand **verkouden** geweest ja  neen   
 Heeft uw kind de laatste maand **antibiotica** genomen ja  neen

Hebt u nog bijkomende opmerkingen:.....  
 .....  
 .....

**Meer informatie over het verloop van de opname kunt u vinden in de brochure 'Augustientje moet naar het ziekenhuis', te vinden op onze website [www.anesthesie-augustinus.be](http://www.anesthesie-augustinus.be)**

- Ik werd via de informatiebrochure, de website, de chirurg en/of de anesthesist voldoende geïnformeerd over de verdoving en de mogelijke risico's, nevenwerkingen en alternatieven en ga akkoord.
- Ik ga ermee akkoord dat het type anesthesie en/of analgesie tijdens de ingreep gewijzigd wordt zonder mijn medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn .
- Ik ga ermee akkoord dat de gegevens op anonieme wijze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

**Deze lijst werd ingevuld door:**

Mama  Papa  Andere :.....

Naam: .....

Datum: .. / .. / ....

Handtekening



# SOCIALE VRAGENLIJST

- **Woonsituatie:**   0 Bij ouders      0 Bij moeder      0 Bij vader  
                                   0 Pleegouders  
                                   0 Mantelzorgers (grootouders, familie,...)  
                                   0 Professionele zorgverlener  
                                   0 Andere: .....
  
- **Wie blijft slapen in het ziekenhuis** (rooming-in): .....
  
- **Taal:**                   begrijpt Nederlands                   spreekt Nederlands                   andere  
 Kind                           0   0   .....  
 Moeder                       0   0   .....  
 Vader                         0   0   .....
  
- **Voeding:**  
 0 Borstvoeding  
 0 Flesvoeding   soort voeding:.....  
                                   hoeveelheid (water / schepjes) ...../.....  
                                   voedingsuren .....
  
- 0 Gevarieerde voeding   0 Vlees, vis, kip  
   0 Enkel vis  
   0 Vegetarisch  
   0 Koosjer
  
- 0 Fruitpap                   0 stukje fruit  
 0 Allergie voor bepaalde voedingsmiddelen .....
- 0 Specifieke voedingsgewoonten en/of dieet: .....
  
- **Is uw kind zindelijk:**  
 0 ja      0 nee                   0 luier 's nachts en/of tijdens dutje
  
- **Slaapgewoontes:**           0 knuffel                   0 fopspeen                   0 lampje
  
- **Valpreventie:**  
   ○ Heeft uw kind een verhoogd risico op vallen door een aandoening en/of behandeling   0 ja      0 neen  
   ○ Gebruikt uw kind een rolstoel   0 ja      0 neen  
   ○ Heeft uw kind een cognitieve stoornis (mentaal vertraagde ontwikkeling, hersenschudding, hersentumor)   0 ja      0 neen  
   ○ Heeft uw kind een stofwisselingsstoornis (vb. suikerziekte)   0 ja      0 neen  
   ○ Is uw kind hardhorend   0 ja      0 neen  
   ○ Is uw kind slechthorend   0 ja      0 neen
  
- **Godsdienst:**  
 0 Mijn kind wordt gelovig en/of volgens een specifieke levensovertuiging opgevoed:.....

**Wenst u nog iets speciaals te vermelden?**

.....

**Dit formulier werd ingevuld op** ..... /...../..... **(d/m/j) door:**  
 0 familie (verwantschap).....                   0 andere.....