

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST – DIENST ANESTHESIE

Naam:.....	Voornaam:.....
Geboortedatum/... / ...	Telefoon:.....
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:.....

- Bent u allergisch?** Vermeld welke reactie u vertoont: zwelling, ademnood, jeuk, rode vlekken

 - Latex (ballon, handschoen, condoom) ja neen reactie.....
 - Contraststoffen/Jodium ja neen reactie.....
 - Kleefpleisters ja neen reactie.....
 - Medicatie: reactie.....
 - Andere: reactie.....

vb. kleurstoffen, kiwi, bananen, hooikoorts, voeding
- Rookt u ja neen hoeveel/dag

Hebt u gerookt ja neen hoelangjaren, tot

Gebruikt u alcohol ja neen aantalglazen/dag/week

Gebruikt u drugs ja neen welke
- Hebt u ...:**

Een kunstgebit ja neen

Kunststanden ja neen

Losstaande tanden ja neen welke.....

Contactlenzen ja neen

Een hoorapparaat ja neen links rechts

Piercings ja neen indien ja, verwijder deze thuis

Kunstnagels ja neen indien ja, verwijder deze thuis

Een pacemaker, een ICD, een stimulator, ingeplante pomp ja neen
- Werd u vroeger reeds geopereerd** ja neen

Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen:

In..... Voor:

In..... Voor:

In..... Voor:

In..... Voor:

Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? ja neen

Omschrijf zo nauwkeurig mogelijk.....

Had een familiaal ooit problemen met verdoving? ja neen

Omschrijf zo nauwkeurig mogelijk.....

5. Bent u in opvolging bij een specialist (voor hart/longen/....)
Zo ja, waarvoor, in welk ziekenhuis, bij welke arts:
 Voor: Ziekenhuis: Dokter:
 Voor: Ziekenhuis: Dokter:
 Voor: Ziekenhuis: Dokter:
6. Hebt u een hoge bloeddruk ja neen
 Bent u snel **kortademig** ja neen
 Hebt u problemen bij huishoudelijk werk ja neen
 Kunt u **2 verdiepingen de trap** nemen zonder stoppen ja neen
 Hebt u soms gezwollen voeten ja neen
 Slaapt u halfzittend ja neen
 Hebt u last van **hartkloppingen** ja neen
 Hebt u soms **een toesnoerend gevoel** in arm of borstkas bij inspanning ja neen
 Bent u al herhaaldelijk **flauwgevallen** ja neen
 Bent u in behandeling voor een **hartziekte** ja neen
 Had u ooit flebitis of thrombose ja neen
 Hebt u gemakkelijk blauwe plekken of neusbloedingen ja neen
 Gebruikt u **bloedverdunnende medicatie** ja neen
 Indien u van uw huisarts of behandelend geneesheer geen richtlijnen kreeg over het gebruik in verband met uw ingreep, neem dan contact op met de dienst anesthesie
7. Hebt u een piepende ademhaling ja neen
 Bent of was u in behandeling voor een **longziekte** ja neen
8. Bent u nierdialysepatiënt ja neen
 Bent of was u in behandeling voor een nierziekte ja neen
 welke.....
9. Lijdt u aan **suikerziekte** ja neen
 Gebruikt u : inspuitingen orale medicatie
10. Had u ooit een maagzweer of maagbloeding ja neen
 Hebt u last van maagzuur ja neen
 Hebt u ooit geelzucht gehad (type:.....) ja neen
11. Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte ja neen
 Was u al in behandeling bij een neuroloog of psychiater ja neen
 Hebt u last van tintelingen of gevoelloosheid ja neen
 waar:.....
 Hebt u last van verwardheid of geheugenstoornissen ja neen
12. 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
 Hebt u reuma of artritis ja neen
 Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese ja neen
 Zo ja, welke kant? li re
13. Bent u (mogelijk) zwanger ja neen
 Geeft u borstvoeding ja neen
14. Lijdt u aan een besmettelijke ziekte ja neen
 Welke:
15. Kreeg u ooit een bloedtransfusie ja neen
 reden: Ongewone reactie: ja neen
 Geeft u **toestemming om bloedproducten** toe te dienen indien nodig: ja neen

SOCIALE VRAGENLIJST

- **Woonsituatie:** 0 Thuis 0 Zorgwoning 0 Rusthuis 0 Serviceflat 0 Andere.....

- **Krijgt u hulp thuis:**

	wie	telefoon	waarvoor	hoe vaak
Familie/vrienden/mantelzorg				
Professionele zorgverlening				
Professionele zorgverlening				
Anderen				
Anderen				

- **Valpreventie:** Bent u de afgelopen 6 maanden gevallen 0 ja 0 neen
 Wordt u nu opgenomen wegens een valincident 0 ja 0 neen

- **Risico op delier:**
 - Bent u in het verleden ooit een periode verward geweest 0 ja 0 neen
 - Hebt u een stofwisselingsstoornis (diabetes, schildklier) 0 ja 0 neen
 - Cognitieve stoornis (CVA, dementie, Parkinson, hersenschudding, hersentumor) 0 ja 0 neen
 - Bent u hardhorend 0 ja 0 neen
 - Slechtziend 0 ja 0 neen

- **Zelfzorg medicatie:** 0 zelfstandig 0 met toezicht 0 onmogelijk

- **Bent u zelfstandig voor:**

Wassen	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen
Aan- en uitkleden	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen
Verplaatsingen binnenshuis	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen
Toiletbezoek	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen
Eten en drinken	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen

- **Bent u continent voor**

Urine	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen
Stoelgang	0 ja	0 vaak	0 soms	0 neen

- **Godsdienst:** 0 Ik ben gelovig en/of ik volg een specifieke levensovertuiging:
 0 Ik ben niet gelovig of wens dit niet te melden

- **Voeding:**
 - Bent u overgevoelig aan bepaalde voedingsstoffen? Zo ja, welke:.....
 - Bent u de laatste 6 maanden vermagerd 0 jakg 0 neen
 - Hebt u voedingsproblemen (slikproblemen, geen eetlust...) 0 ja 0 neen
 - Volgt u een dieet: specificeer.....

- **Educatie**
 - Ik heb bijkomende nood aan voorlichting: specificeer

Wenst u nog iets speciaals te vermelden?

.....

Dit formulier werd ingevuld op /...../..... **(d/m/j) door:**

0 patiënt 0 familie (verwantschap)..... 0 andere.....