

Anesthesie

dr. Batens - dr. Beckers - dr. De Medts
 dr. De Sommer - dr. Drijvers - dr. Lemmens
 dr. Liesmons - dr. Malcorps - dr. Mariën
 dr. Mattheussen - dr. Moens - dr. Nobels
 dr. Notelé - dr. Pauwels - dr. Stevens - dr. Stessel
 dr. Vanderstappen - dr. Verplaetse - dr. Wets

Chirurg : Datum :

Operatie :

Aan welke kant van uw lichaam: Links Rechts

Preoperatieve vragenlijst

Gelieve dit formulier mee te brengen bij uw opname.

Om uw anesthesie zo vlot mogelijk, zo veilig mogelijk en zo persoonlijk mogelijk gericht te laten verlopen, vragen wij u deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Uw antwoorden blijven uiteraard strikt vertrouwelijk.

Geboortedatum:

Godsdienst:

Lengte: Gewicht:

Contactpersoon:

Beroep:

telefoon:

Adres + telefoon:

Huisarts :

.....

Bloedgroep:

Kruis het juiste antwoord aan. Plaats een vraagteken als u het niet weet, of geef uitleg met een paar woorden.

- Reeds vroeger geopereerd ? Welke ingrepen ? neen ja ?
- Zijn er problemen geweest bij een vorige verdoving ? bv. overgeven neen ja ?
- Zijn er ooit moeilijkheden geweest bij familieleden bij of na verdoving ? neen ja ?
- Kreeg u reeds een bloedtransfusie ? neen ja ?
- Mogen wij u bloedproducten toedienen indien noodzakelijk ? neen ja ? zo nee, waarom:
- Heeft u een vals gebit, losstaande tanden of stifttanden ? neen ja ?
- Gebruikt u cannabis, cocaine, marihuana, amfetamines ? neen ja ?
- Bent u heden zwanger ? neen ja ?
- Verricht u soms nog zware arbeid ? neen ja ?
- Bent u vlug kortademig of beklemd bij inspanning ? neen ja ?
- Lijdt u aan astma ? neen ja ?
- Bent u 's nachts en/of bij plattiggen kortademig ? neen ja ?
- Heeft u soms gezwollen voeten of benen ? neen ja ?
- Heeft u wel eens een beklemd gevoel of pijn in de borstkas ? neen ja ?
- Had u ooit een hartaanval, hebt u hartgeruis, een hartziekte? neen ja ?
- Had u ooit last van een té lage bloeddruk ? neen ja ?
- Had u ooit last van een té hoge bloeddruk ? neen ja ?
- Heeft u spataders, varices ? neen ja ?
- Heeft u ooit phlebitis gehad ? neen ja ?

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------|
| - Drinkt u regelmatig bier, wijn ... | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Neemt u kalmerende middelen of slaapmiddelen ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Volgt u een dieet ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Rookt u? hoeveel ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Lijdt u momenteel aan een verkoudheid of griep ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Hoest u? Heeft u soms een piepende ademhaling ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Geeft u daarbij op ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Ooit in het ziekenhuis opgenomen geweest voor bronchitis,
longontsteking of voor andere longaandoeningen ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Heeft u hepatitis gehad ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Wordt u behandeld voor suikerziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Bent u allergisch voor: | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| bepaalde voedingsmiddelen (bv kiwi, bananen, ...) | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| bepaalde medicamenten, antibiotica | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| voor huismijten, pollen | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| voor latex of rubber | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| voor kleefpleister of ontsmettingsmiddelen | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Werken uw nieren minder goed? Last van de urinewegen ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Had u ooit een maagzweer ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Blijft een wondje lang nabloeden ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Had u ooit aanvallen van bewustzijnsverlies met of zonder
spierschokken, epilepsie ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Heeft u een arm, been, ..., dat verlamd of gevoelloos is ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Lijdt u aan een oogziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Hoort u minder goed ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Heeft u regelmatig pijn ? Waar ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Bent u in behandeling voor een zenuwziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Wenst u nog iets speciaals te vermelden ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| | | | | |
| - Neemt u regelmatig bepaalde geneesmiddelen ?
Indien ja, vul dan bijgevoegde medicatielijst in. | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |

Ondergetekende geeft hierbij dan ook zijn/haar toestemming aan de geneesheer-anaesthesioloog om de verdoving uit te voeren voor haar/zijn heelkundige operatie of onderzoek.

Datum:

Handtekening:

Voor minderjarigen: de ouder of de voogd

Belangrijke opmerkingen:

- *nuchter indien ingreep onder anesthesie: 6u voor de ingreep niet eten of drinken*
- *24 uur voor de operatie niet meer roken.*
- *Vals gebit, piercings (zeker in mond en neusvleugels!) bril, hoorapparaat, haarspelden, ... één uur voor de operatie uitdoen.*

