

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum:

Dienst anesthesiologie

Preoperatieve vragenlijst volwassenen

Deze vragenlijst werd opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande heelkundige ingreep te kennen en maakt deel uit van het preoperatief onderzoek. **Een goed ingevulde vragenlijst is erg belangrijk om uw ingreep in optimale omstandigheden te laten verlopen.** De informatie wordt uiteraard **vertrouwelijk** behandeld.

Leeftijd: _____ jaar Gewicht: _____ kg Lengte: _____ cm
 Geplande operatiedatum:/...../..... Ur van opname (indien gekend):
 Niet nuchter / nuchter vanaf: _____ (minstens 8u voor de ingreep niet eten of drinken)

1. Welke ingreep zal U binnenkort ondergaan?		Rechts / Links *
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>		
2. Gewoontes*		
Rookt U?	Ja Neen Zo ja, hoeveel: _____/dag, hoeveel jaar: _____	
Bent U gestopt met roken?	Ja Neen Wanneer: _____	
Gebruikt U alcohol?	Ja Neen Hoeveel: _____	
Andere genotsmiddelen?	Ja Neen Welke: _____	
3. Bent U allergisch aan...*		
Medicatie	Ja Neen Welke? _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Welke reactie? <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>
Antibiotica, pijnstillers	Ja Neen Welke? _____	
Ontsmettingsmiddelen, Jood of contraststoffen	Ja Neen	
Kleefpleisters	Ja Neen	
Rubber/Latex	Ja Neen	
Verdoovingsmiddelen (tandarts)	Ja Neen	
Planten, pollen, bomen	Ja Neen	
Andere	Ja Neen Welke? _____	
4. Zijn er bij uw bloedverwanten aangeboren afwijkingen? *	Ja Neen Welke? _____	
5. Hebt U ...?*		
Contactlenzen	Ja Neen	
Een gehoorapparaat	Ja Neen	
Een maagbandje	Ja Neen	
Een stoma	Ja Neen	
Een port-à-cath	Ja Neen	
Een kunstgebit	Ja Neen	
Kunsttanden	Ja Neen Welke? _____	
Losstaande tanden	Ja Neen Welke? _____	
Orthopedische prothesen	Ja Neen Welke? _____	
Piercings	Ja Neen Verwijder piercings reeds thuis	
Kunstnagels	Ja Neen Verwijder kunstnagels reeds thuis	

6. Werd U reeds opgenomen in een ziekenhuis of op een spoedgevallendienst? Ja Neen* Zo ja, waarom, wanneer en in welk ziekenhuis? _____ _____ _____					
7. Werd U vroeger reeds geopereerd? Ja Neen* Zo ja, welke operatie en in welk ziekenhuis? _____ _____ _____	Ja Neen*				
Waren er toen problemen? Ja Neen* Zo ja, welke problemen? _____ _____	Ja Neen*				
8. Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie? Ja Neen* Zo ja, welke problemen? _____ _____					
9. Neemt U medicatie? (noteer duidelijk welke medicatie, de hoeveelheid (mg of g) en het tijdstip van inname. Vermeld hier ook alle pijnstillers, slaapmedicatie, medicatie om te vermageren en andere. voorbeeld: Medicament ...mg omuur . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____					
10. Neemt U homeopathische middelen of geneeskrachtige kruiden? Ja Neen* Zo ja, welke en voor welke indicatie? . _____ . _____	Ja Neen*				
11. Lijdt U aan een besmettelijke ziekte? Ja Neen*	Ja Neen*				
12. Heeft U suikerziekte? Ja Neen*	Ja Neen*				
13. Enkel voor vrouwelijke patiënten.*					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Zou het mogelijk zijn dat U zwanger bent?</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Ja neen</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hebt U last van overvloedige menstruatie?</td> <td style="padding: 2px;">Ja neen</td> </tr> </table>	Zou het mogelijk zijn dat U zwanger bent?	Ja neen	Hebt U last van overvloedige menstruatie?	Ja neen	
Zou het mogelijk zijn dat U zwanger bent?	Ja neen				
Hebt U last van overvloedige menstruatie?	Ja neen				

14. Ziekten van hart en bloedvaten: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Ervaart U pijn of een toesnoerend gevoel in arm of borstkas bij inspanning?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Wanneer? _____ _____
Heeft U last van hartkloppingen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Wanneer? _____
Heeft U soms gezwollen voeten?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Wanneer? _____
Slaapt U halfzittend?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Bent U in behandeling (geweest) voor een hart- of vaatziekte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Uitleg: _____ _____
Heeft U ooit flebitis gehad?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Kan U licht huishoudelijk werk uitvoeren?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Waarom niet? _____ _____
Kan U 2 verdiepingen trappen opgaan zonder last?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Welke last? _____
Kan U 1 uur in de tuin werken zonder last?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Welke last? _____
Kan U een flinke inspanning aan? (5 km fietsen, recreatieve sport?)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Welke problemen? _____
Uw normale bloeddruk is.../.....	Deze bloeddruk is de laatste maal genomen door een arts, weken geleden.

15. Ziekten van longen en ademhalingstelsel: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Heeft U een piepende ademhaling?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Heeft U astma of hooikoorts?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Bent U in behandeling (geweest) voor een longziekte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Uitleg: _____

16. Ziekten van nieren en urinair stelsel: omcirkel ze en geef uitleg.*		
Bent U een nierdialyse patiënt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Bent U in behandeling (geweest) voor een nierziekte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Uitleg: _____

Belangrijk:
 Indien u één of meerdere van de gearceerde velden heeft omcirkeld dan dient er een bijkomend consult van de huisarts of de internist te gebeuren. U maakt zelf deze afspraak met uw huisarts of internist vóór de ingreep.
 De resultaten van deze onderzoeken brengt u mee bij uw opname.

17. Ziekten van spijsverteringstelsel en lever: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Heeft U last bij het slikken?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Uitleg: _____ _____
Heeft U last van maagzuur?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Heeft U last van misselijkheid of braken?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Heeft U last van reisziekte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	

18. Ziekten van bewegingssysteem: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Is uw mondopening voldoende groot?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	U kan dit nagaan of U minstens twee vingers bovenop elkaar gezet in de mondopening kan inbrengen
Bent U ooit in behandeling geweest voor artritis of reuma?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Hebt U last van nekpijn of stijfheid?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	

*: omcirkel het juiste

19. Problemen met de stolling van het bloed: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Neemt U medicatie om het bloed te verdunnen?	Ja Neen	Uitleg: _____ _____ _____
Heeft U gemakkelijk blauwe plekken zonder reden?	Ja Neen	
Heeft U uw arts moeten raadplegen voor een neusbloeding?	Ja Neen	
Heeft U last van bloedend tandvlees?	Ja Neen	
20. Ziekten van het zenuwstelsel: omcirkel en geef zo mogelijk uitleg.*		
Heeft U ooit het bewustzijn verloren?	Ja Neen	
Had U ooit een verlamming?	Ja Neen	
Lijdt U aan epilepsie of vallende ziekte?	Ja Neen	
Heeft U tintelingen in handen of voeten?	Ja Neen	Wanneer? _____
Bent U ooit in behandeling geweest voor zenuwlijden?	Ja Neen	Uitleg: _____
21. Wenst U nog iets te vermelden?		Ja Neen*
Zo ja, beschrijf: _____ _____		
22. Waar kunnen wij U bereiken voor eventuele vragen?		
Telefoonnummer of GSM: ____/____ of ____/____		
Eventueel contactpersoon: _____		
Telefoonnummer of GSM: ____/____ of ____/____		

Ik heb deze vragenlijst gelezen en alle vragen begrepen. Ik verklaar deze lijst zorgvuldig ingevuld te hebben.
 Gedaan op .../.../.....(datum) door(naam)
 handtekening:

Opgelet: Indien u kort voor de ingreep ziek wordt (vb. verkoudheid), contacteer dan uw chirurg.
 Gelieve uw bloedgroepkaart bij opname af te geven aan de verpleegkundige.
 Gelieve uw medicatie mee te brengen naar het ziekenhuis.
 Gelieve u nuchter (niet eten of drinken na 24.00u) aan te bieden de dag van de ingreep, tenzij anders vermeld.