B) Preoperatieve vragenlijst

U zal binnenkort een anesthesie of verdoving krijgen voor een heelkundige ingreep of voor een onderzoek. Het is uitermate belangrijk dat u de dokter anesthesist volledig inlicht over uw gezondheidstoestand, uw medicatie en uw medische voorgeschiedenis om de anesthesie zo veilig mogelijk te laten verlopen. Zo kunnen bepaalde medicamenten die u inneemt in combinatie met bepaalde anesthesieproducten of technieken abnormale reacties veroorzaken. Bepaalde vroegere ziekten of operaties die u doorgemaakt heeft, vergen nu eventueel een bijzondere aandacht van de dokter anesthesist. U kunt dit formulier eventueel met de hulp van uw huisarts of een verpleegkundige invullen. Deze vragenlijst dient u, in uw belang, ***zo juist mogelijk in te vullen****. De informatie valt uiteraard onder het medisch beroepsgeheim. Voor de anesthesie kunt u zo nodig bepaalde problemen met de anesthesist bespreken. In uw belang is het aangewezen* ***vanaf nu reeds het roken te stoppen****. Het is voor uw eigen veiligheid zeer belangrijk nuchter te zijn voor een narcose. Daarom mag er* ***minstens 6 uur vóór de anesthesie noch voedsel noch drank*** *ingenomen worden.*
** **Omcirkel wat van toepassing is.***

Naam/voornaam patiënt:

Geboortedatum:

Tel. patiënt:

Bloedgroep:
(overhandig het bloedgroepkaartje aan de verpleegkundige)

Contactpersoon 1:
Naam en voornaam:
Tel.:
Verwantschap: partner/ouder/familie/ .....

Contactpersoon 2:
Naam en voornaam:
Tel.:
Verwantschap: partner/ouder/familie/ .....

1. Persoonsgegevens: Leeftijd: ..... jaar Gewicht: ..... kg Lengte: ..... cm
Wat is uw geloofsovertuiging? .....

2. Operatie, onderzoek of behandeling die u binnenkort ondergaat:
Datum van operatie, onderzoek of behandeling: ...../...../.....
Naam van de operatie, onderzoek of behandeling:
..... **Rechts / Links ***

3. Onderging u ooit een heelkundige ingreep/onderzoek onder algemene of plaatselijke verdoving? **Ja** **Neen***
Indien ja, welke en wanneer?
Welke? Jaartal
.....
.....
.....
.....
.....

4. Werd u reeds voor iets anders opgenomen in een ziekenhuis? **Ja** **Neen ***
Indien ja, waarom en wanneer?
Waarom? Jaartal
.....
.....

5. Heeft u ooit ongewone reacties of problemen gehad na een verdoving? **Ja** **Neen ***
Indien ja, welke problemen?
.....

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

6. Kreeg u reeds een bloedtransfusie? **Ja** **Neen ***
Indien ja, waarom?
.....

7. Enkel voor vrouwelijke patiënten: bent u zwanger of mogelijk zwanger? **Ja** **Neen ***
.....

8. Bent u overgevoelig of allergisch aan:

				Zo ja, welke reactie?
Planten, pollen, huisstof	**Ja**	**Neen***		.....
Antibiotica	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....
Kleefpleisters	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....
Medicatie	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....
Voedingswaren	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....
Dieren	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....
Andere	**Ja**	**Neen***	Welke?.....	.....

9. Gewoontes

Rookt u?	**Ja**	**Neen***	
Gebruikt u alcohol?	**Ja**	**Neen***	Zo ja, ... glazen/dag, ... glazen/week
Andere genotsmiddelen?	**Ja**	**Neen***	Zo ja, dewelke? ..... frequentie: .....

Voor gebruikers van genotsmiddelen kunnen ten gevolge van de anesthesie en de operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken, moet de anesthesist volledig ingelicht worden over wat u neemt.

10. Draagt u ...

een kunstgebit/beugel?	**Ja**	**Neen***	een hoorapparaat?	**Ja**	**Neen***
losse tanden?	**Ja**	**Neen***	een pacemaker?	**Ja**	**Neen***
een bril of lenzen?	**Ja**	**Neen***	knie- of heupprothese?	**Ja**	**Neen***
neurostimulator?	**Ja**	**Neen***			

Andere? .....

11. Aandoeningen van het hart
Heeft u hartklachten? (beklemmend gevoel of pijn op de borst, infarct, hartkloppingen ...) **Ja** **Neen***
Indien ja, welke? .....
Heeft u last van te HOGE bloeddruk of wordt u hiervoor behandeld? **Ja** **Neen***
Heeft u last van te LAGE bloeddruk of wordt u hiervoor behandeld? **Ja** **Neen***
Bent u vlug kortademig, voelt u zich benauwd bij inspanning? **Ja** **Neen***
Bent u vlug kortademig, voelt u zich 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 al flebitis (ontsteking bloedvat) gehad? **Ja** **Neen***

12. Aandoeningen van longen en ademhalingsstelsel
Heeft u ademhalingsproblemen? **Ja** **Neen***
Indien ja, welke? .....
Heeft u vroeger een zware longontsteking doorgemaakt? **Ja** **Neen***
Indien ja, welke .....
Moet u fluimen ophoesten? **Ja** **Neen***
Lijdt u op dit ogenblik aan een verkoudheid of griep? **Ja** **Neen***

13. Aandoeningen van het zenuwstelsel
Bent u in behandeling voor een zenuwziekte? **Ja** **Neen***
Voelt u zich uitermate angstig of zenuwachtig? **Ja** **Neen***
Bent u in behandeling voor epilepsie (vallende ziekte)? **Ja** **Neen***
Bent u in behandeling voor Parkinson? **Ja** **Neen***

14. Heeft u gemakkelijk rugklachten? **Ja** **Neen***

15. Heeft u problemen met uw nieren of een verminderde werking ervan? **Ja** **Neen***

16. Heeft u ooit geelzucht (hepatitis) gehad? **Ja** **Neen***

17. Bent u in behandeling voor suikerziekte? **Ja** **Neen***
Krijgt u hiervoor inspuitingen? **Ja** **Neen***
Indien ja, vermeld het product, aantal eenheden en tijdstip.
.....

18. Lijdt u aan een andere aandoening? **Ja** **Neen***
Aandacht voor stollingsproblemen*, spierziekten*, gewrichtsziekte enz.
Indien ja, welke? .....

19. Heeft u ons nog iets over uw gezondheid of over de anesthesie mee te delen dat nog niet aan bod kwam?
Zo ja, ...

Ik, patiënt (ouder of vertegenwoordiger) verklaar dat ik deze gegevens volledig en correct heb ingevuld en de preoperatieve informatie brochure ontvangen heb. *Op datum van: ..... / ..... /20 .....*

Te vermelden 'Gelezen, begrepen en goedgekeurd' *Naam en handtekening*

DE DIENST ANESTHESIE (Tel.: 011 69 91 15) DANKT U VOOR DEZE INFORMATIE!

OVERZICHT THUISMEDICATIE: (*omcirkel) ingevuld door uzelf, huisarts, apotheker, familie, ander.
Denk ook aan: allergieën, intoleranties en bijwerkingen; zo ja, welke?

Neemt u: bloedverdunners, pijnstillers, medicatie pleisters, puffers, oog of oordruppels, zalven, homeopathie, slaapmedicatie, hormonale medicatie of medicatie 1x/week, 1x/maand of indien nodig?

NAAM GENEESMIDDEL	DOSIS/VORM	OCHTEND	MIDDAG	AVOND	VÓÓR SLAPEN

Preoperatieve checklist voor de verpleegafdeling:

Nuchter: ❑ laatst gedronken ..../...../20 ..... uur:.....
❑ laatst gegeten ..../...../20 ..... uur:..... ❑ diabetes patiënt

Allergie: ❑ Ja, welke: .....
❑ Neen

Operatiestreek werd onthaard (klipper): ❑ Ja ⇨ ❑ Links ❑ Rechts ❑ N.v.t.

❑ Tandprothese/gehoorapparaat/lenzen verwijderd
❑ Make-up/nagellak/gelnagels verwijderd
❑ Preoperatieve vragenlijst ingevuld/afgetekend
❑ Patiënt heeft zijn toestemming (geïnformeerde toestemming) gegeven.
❑ AE-kousen indien van toepassing
❑ Juwelen/piercings verwijderd
❑ Check aanvraag bloedderivaten

Vpk check 2: preoperatieve medische opdracht voor de verpleegafdeling

- Profylactische antibiotica:

❑ Ciproxine 500 mg comp Tijdstip van toediening: .....uur vóór ingreep

❑ ..... Tijdstip van toediening: .....uur vóór ingreep

- Andere:

Naam en paraaf verpleegkundige verpleegafdeling **Naam en paraaf verpleegkundige operatiekwartier**