B) Preoperatieve vragenlijst

Uw kind 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 haar/zijn gezondheidstoestand, medicatie en medische voorgeschiedenis om de anesthesie zo veilig mogelijk te laten verlopen. Zo kunnen bepaalde medicamenten die uw kind inneemt in combinatie met bepaalde anesthesieproducten of technieken abnormale reacties veroorzaken. Bepaalde vroegere ziekten of operaties die u (uw kind) 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 het belang van uw kind, 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. Uw kind dient nuchter te zijn voor de narcose. Daarom mag er ***minstens 6 uur vóór de anesthesie noch voedsel noch drank*** *ingenomen worden en* ***niet gerookt*** *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 uw kind binnenkort ondergaat:
Datum van operatie, onderzoek of behandeling: ...../...../.....
Naam van de operatie, onderzoek of behandeling:
..... **Rechts / Links ***

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

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

5. Heeft uw kind 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 uw kind reeds een bloedtransfusie? **Ja** **Neen ***
Indien ja, waarom?
.....

7. Enkel voor vrouwelijke patiënten: is uw kind zwanger of mogelijk zwanger? **Ja** **Neen ***
.....

8. Is uw kind 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 uw kind?	**Ja**	**Neen***	Zo ja, hoeveel? ...../dag, gedurende ..... jaar	
Gebruikt uw kind 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 uw kind neemt.

10. Draagt uw kind ...

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 uw kind hartklachten? **Ja** **Neen***
Indien ja, welke .....
Is uw kind vlug kortademig, voelt hij/zij zich benauwd bij inspanning? **Ja** **Neen***

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

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

14. Heeft uw kind ooit geelzucht (hepatitis) gehad? **Ja** **Neen***

15. Is uw kind in behandeling voor suikerziekte? **Ja** **Neen***
Krijgt hij/zij hiervoor inspuitingen? **Ja** **Neen***
Indien ja, vermeld het product, aantal eenheden en tijdstip.
.....

16. Lijdt uw kind aan een andere aandoening? **Ja** **Neen***
Aandacht voor stollingproblemen*, nierziekten*, spierziekten*, gewrichtsziekte*, autisme*, enz.
Indien ja, welke? .....

17. Heeft u ons nog iets over de gezondheid van uw kind 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 uw kind: 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 afdeling:

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

Vpk check 2: preoperatieve medische opdracht voor de verpleegafdeling
- Premedicatie toegediend ❑ N.v.t. Tijdstip toediening:..... uur
  Gewicht: ..... kg ❑ Atropine .....mg ❑ Xanax .....mg ❑ Midazolan .....mg
- 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**