

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 platliggen 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 ... neen ja ?

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

Ondergetekende, verklaart zijn/haar akkoord aan de arts-anesthesioloog om de verdoving in kader van zijn/haar ingreep toe te dienen. Hij/zij verklaart hierbij voldoende geïnformeerd te zijn over de algemene verdoving en/of locoregionale/epidurale pijnstilling die zal worden toegepast en op de hoogte te zijn van mogelijke nevenwerkingen en/of complicaties zoals besproken in de informatiebrochures.

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.*

Mijn medicatieschema

Vraag bij voorkeur hulp van een zorgverlener (huisarts, apotheker, mantelzorg, verpleegkundige,...)

Naam:

Ingevuld op: / /

Indien mogelijk, medicatie meenemen bij de opname

Ik neem geen medicatie.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL	Dosis (bv. aantal milligram)	Aantal					Noteer hier -Dagelijks, wekelijks, maandelijks, zo nodig -Eventueel stopdatum -Opmerkingen
		Nuchter	Ontbijt	Middag	Avond	Voor slapen	

Check of uw medicatieschema volledig is aan de hand van onderstaande lijst; bent u het volgende niet vergeten?

<input type="checkbox"/> Bloedverduiners	<input type="checkbox"/> Oog/oor/neusdruppels	<input type="checkbox"/> Slaapmiddelen	<input type="checkbox"/> Hormonale preparaten	<input type="checkbox"/> Recent (<3 maand) antibiotica-gebruik	<input type="checkbox"/> Puffers
<input type="checkbox"/> Iets tegen maagklachten	<input type="checkbox"/> Pijnstillers	<input type="checkbox"/> Pleisters met medicatie	<input type="checkbox"/> Medicatie zonder voorschrift	<input type="checkbox"/> Ginkgo biloba, Sint-Janskruid of andere plantenpreparaten	<input type="checkbox"/> Spuitjes

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL	Dosis (bv. aantal milligram)	Aantal					Noteer hier -Dagelijks, wekelijks, maandelijks, zo nodig -Eventueel stopdatum -Opmerkingen
		Nuchter	Ontbijt	Middag	Avond	Voor slapen	

Vragenlijst pijn

	nee	ja
1 Heeft u nu reeds pijn in het operatiegebied?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Heeft u nu reeds andere pijn (chronische hoofdpijn, rugpijn...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Bent u de laatste 6 maanden erg overspannen / overbelast geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Heeft u last van minstens 2 of meerdere van volgende symptomen: slapeloosheid, oververmoeidheid, angstige gedachten, duizeligheid, gevoel van verkeerd begrepen zijn, nood aan slaap- of kalmeringstabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>