



Anesthesie

dr. Batens - dr. Beckers - dr. Cauwenberghs -
dr. De Medts - dr. De Sommer - dr. Drijvers -
dr. Lemmens - dr. Liesmons - dr. Malcorps -
dr. Mattheussen - dr. Moens - dr. Nobels
dr. Notelé - dr. Pauwels - dr. Pruiksmas -
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 de opname.

Om je anesthesie zo vlot mogelijk, zo veilig mogelijk en zo persoonlijk mogelijk gericht te laten verlopen, vragen wij je deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Jouw 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 je reeds een bloedtransfusie ? neen ja ?
- Mogen wij je bloedproducten toedienen indien noodzakelijk ? neen ja ? zo nee, waarom:
- Heb je een vals gebit, losstaande tanden of stifttanden ? neen ja ?
- Gebruik je cannabis, cocaine, marihuana, amfetamines ? neen ja ?
- Ben je heden zwanger ? neen ja ?
- Verricht je soms nog zware arbeid ? neen ja ?
- Ben je vlug kortademig of beklemd bij inspanning ? neen ja ?
- Lijd je aan astma ? neen ja ?
- Ben je 's nachts en/of bij platliggen kortademig ? neen ja ?
- Heb je soms gezwollen voeten of benen ? neen ja ?
- Heb je wel eens een beklemd gevoel of pijn in de borstkas ? neen ja ?
- Had je ooit een hartaanval, heb je hartgeruis, een hartziekte? neen ja ?
- Had je ooit last van een té lage bloeddruk ? neen ja ?
- Had je ooit last van een té hoge bloeddruk ? neen ja ?
- Heb je spataders, varices ? neen ja ?
- Heb je ooit phlebitis gehad ? neen ja ?
- Drink je regelmatig bier, wijn ... neen ja ?

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------|
| - Neem je kalmerende middelen of slaapmiddelen ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Volg je een dieet ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Rook je? hoeveel ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Lijd je momenteel aan een verkoudheid of griep ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Hoest je? Heb je soms een piepende ademhaling ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Geef je 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"/> ? | |
| - Heb je hepatitis gehad ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Word je behandeld voor suikerziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Ben je 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 je nieren minder goed? Last van de urinewegen ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Had je 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 je ooit aanvallen van bewustzijnsverlies met of zonder
spierschokken, epilepsie ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Heb je een arm, been, ..., dat verlamd of gevoelloos is ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Lijd je aan een oogziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Hoor je minder goed ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Ben je in behandeling voor een zenuwziekte ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Wens je nog iets speciaals te vermelden ? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| | | | | |
| - Neem je regelmatig bepaalde geneesmiddelen ? | | | | |
| Indien ja, vul dan bijgevoegde medicatielijst in. | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |
| - Heb je regelmatig pijn ? | | | | |
| Indien ja, vul dan bijgevoegde vragenlijst pijn in. | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? | |

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.*

Meer info: www.azsintmaarten.be/anesthesie

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 mil- ligram)	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/heusdruppels	<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

Vervolg – indien van toepassing

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 Heb je nu reeds pijn in het operatiegebied?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Heb je nu reeds andere pijn (chronische hoofdpijn, rugpijn...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ben je de laatste 6 maanden erg overspannen / overbelast geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Heb je 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"/>