

Naam _____
Voornaam _____
Geboortedatum ___/___/___
Patiëntenvignet

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

U ondergaat binnenkort een anesthesie in het kader van een ingreep of een onderzoek. Onze kennis van uw gezondheidstoestand is van belang voor uw veiligheid en voor het goede verloop van de anesthesie. Daarom is het belangrijk dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult of laat invullen door uw huisarts.

Geplande ingreep/onderzoek _____ Operatiekant Links Rechts
 Gewicht ___ kg Lengte ___ cm Beroep _____ Telefoonnummer ___ / _____

Welke OPERATIES heeft u VROEGER al ondergaan? Vermeld a.u.b. ook het jaartal.	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Waren er toen PROBLEMEN? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
<input type="checkbox"/> Misselijkheid <input type="checkbox"/> Braken <input type="checkbox"/> Andere? Zo ja, welke? _____	
Bent u gemakkelijk 'wagenziek'?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie? Zo ja, welke? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u ALLERGISCH? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
<input type="checkbox"/> Medicatie <input type="checkbox"/> Latex of rubber <input type="checkbox"/> Ontsmettingsmiddelen	
<input type="checkbox"/> Antibiotica <input type="checkbox"/> Schaaldieren <input type="checkbox"/> Voedingsmiddelen <input type="checkbox"/> Andere	
Zo ja, welke? _____	
Heeft u DIABETES (suikerziekte)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een HARTZIEKTE? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, welke? _____	
Bij welke cardioloog bent u in behandeling? Dr. _____	
Wanneer bent u de laatste keer op consultatie geweest? ___ / ___ / _____	
Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer? ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u soms last van een drukkend gevoel op de borst? Zo ja: wanneer? <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u last van een onregelmatige hartslag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Lijdt u aan hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u problemen met uw hartkleppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een pacemaker of defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, gelieve het identificatiekaartje bij opname mee te brengen.	

Heeft u ADEMHALINGSPROBLEMEN? (piepende ademhaling, astma, chronische bronchitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke? _____		
Bij welke longarts bent u in behandeling? Dr. _____		
Wanneer bent u de laatste keer op consultatie geweest? ___ / ___ / _____		
Gebruikt u aërosols of puffs?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u last van benauwdheid of kortademigheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja: wanneer? <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Bij inspanning		
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hoeveel? _____		
Lijdt u aan slaapapnee?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, gebruikt u een CPAP toestel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u SPIJSVERTERINGSPROBLEMEN? (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, ...) of MAAGLAST? (reflux, maagzweer, maagbloeding, ...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke? _____		
Heeft u een aandoening van het ZENUWSTELSEL? (epilepsie, hersenbloeding, hersentrombose, tijdelijke verlamming, spierziekte, ziekte van Parkinson, ziekte van Alzheimer, myasthenia gravis, multiple sclerose, ...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke? _____		
Heeft u last van tintelingen in handen of voeten, of krachtsverlies in bovenste of onderste ledematen? Zo ja, specificeer a.u.b. _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een zenuwstimulator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u problemen met de STOLLING VAN HET BLOED?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een stollingsziekte (hemofilie A, hemofilie B, ziekte van Von Willenbrand, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke? _____		
Heeft u gemakkelijk blauwe plekken of spontane neusbloedingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bloedt u ABNORMAAL lang als u zich kwetst of een tand laat trekken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u bloedverdunders?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u één of meerdere van de volgende AANDOENINGEN (gehad)?		
<input type="checkbox"/> Schildklierproblemen <input type="checkbox"/> Nierziekte <input type="checkbox"/> Glaucoom <input type="checkbox"/> Sikkelcelanemie		
<input type="checkbox"/> Diepe veneuze trombose <input type="checkbox"/> Longembolie <input type="checkbox"/> Ziekte van Bechterew <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis		
Bijkomende INFO:		
Heeft u een besmettelijke ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Andere: _____		
Bent u momenteel verkouden of heeft u koorts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Is het mogelijk dat u zwanger bent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u losstaande tanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u tandimplantaten, kronen, een tandbrug?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een beperkte mondopening?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Amfetamines <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Heroïne <input type="checkbox"/> Andere: _____		
Drinkt u alcohol? Wat en hoeveel per dag? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een wilsbeschikking? Zo ja, gelieve deze bij opname mee te brengen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee