

Ik, ondergetekende

heb zorgvuldig de preoperatieve vragenlijst ingevuld en alle vragen goed begrepen.

Ik heb de begeleidende brochure met informatie over het verloop van de ingreep, de rol van de anesthesist, voorbereidende onderzoeken, soort anesthesie, verloop van de ingreep, de ontwaakzaal en mogelijke nevenwerkingen van anesthesie gelezen en begrepen.

Deze informatie is ook beschikbaar op de website www.sezz.be
(Zorgaanbod>Anesthesie>Downloads>Informatiebrochure Anesthesie).

Ik ben op de hoogte dat een persoonlijk gesprek met de anesthesist steeds mogelijk is op de raadpleging Anesthesie. Indien u dit wenst kan u daarvoor een afspraak maken via het nummer 09 364 88 99.

Ik verbind mij er toe alle preoperatieve en postoperatieve richtlijnen strikt na te leven.

Ik ben bij de huisarts langs geweest om het preoperatief dossier door hem/haar te laten invullen en ik heb de nodige preoperatieve onderzoeken laten uitvoeren.

Ik ben voldoende geïnformeerd over de anesthesie en geef toestemming voor de noodzakelijke verdoving.

Handtekening, voorafgegaan door de eigenhandig geschreven woorden 'gelezen en goedgekeurd'

.....

Datum:/...../..... Handtekening:

Geachte mevrouw, mijnheer,

In verband met de operatie die u wordt voorgesteld, vragen wij u deze vragenlijst nauwgezet in te vullen. Dit is ZEER BELANGRIJK voor een goede voorbereiding van de operatie, het verloop van de operatie zelf en de nazorg.

Deze vragenlijst is strikt vertrouwelijk en zal, samen met u, door de geneesheer anesthesist besproken worden om zo de voor u meest geschikte vorm van anesthesie te bepalen.

Indien u om welke reden dan ook niet in staat bent om deze vragenlijst zelf in te vullen, kunt u zich misschien laten helpen door een familielid.

Met dank bij voorbaat.

1. Administratieve gegevens:

Naam:

Geboortedatum:

Huisdokter:

Beroep:

2. Medicatie:

Vermeld hier of op de thuismedicatiezak alle geneesmiddelen die u momenteel neemt. Denk hierbij ook aan:

- bloedverduuners, cortisone, insuline, slaappillen, hormonale preparaten, pijnstillers, geneesmiddelen tegen maagklachten, voedingssupplementen, homeopathie, kruiden, vitamines;
- oog- en oordruppels, zalven/crèmes, puffers, medicatiepleisters;
- medicatie die u niet dagelijks gebruikt, enz.

.....
.....
.....
.....

VRAGENLIJST

Omcirkel JA of NEEN in de overeenkomstige kolom. Vul aan zo nodig.

1. Voor welke operatie wordt u nu opgenomen?
2. Indien van toepassing: gebeurt de operatie links of rechts?
(vb. heupprothese links) LINKS RECHTS
3. Wat is uw leeftijd?
4. Wat is uw gewicht?
5. Wat is uw lengte?
6. Werd u reeds vroeger geopereerd?
- Zo ja, welke operaties?
7. Werd u toen volledig in slaap gedaan? JA - NEEN
8. Vertoonde u dan ongewone reacties na algemene of plaatselijke verdoving? JA - NEEN
9. Was u misselijk of moest u braken na vorige verdovingen? JA - NEEN
10. Bent u overgevoelig aan bepaalde stoffen, dieren, voedingsmiddelen
of geneesmiddelen? JA - NEEN
- Zo ja, welke?
11. Heeft u een vals gebit of losstaande tanden? JA - NEEN
12. Draagt u contactlenzen? JA - NEEN
13. Heeft u last van een te hoge of te lage bloeddruk? JA - NEEN
14. Lijdt u aan één of andere hartziekte of heeft u ooit van het hart geklaagd? JA - NEEN
15. Voelt u soms beklemdheid of pijn in de borststreek? JA - NEEN
16. Heeft u dikwijls gezwollen voeten of enkels? JA - NEEN
17. Heeft u soms hartkloppingen of een onregelmatige hartslag? JA - NEEN
18. Bent u vlug kortademig of beklemd bij inspanning? JA - NEEN
19. Heeft u last van één of andere longaandoening JA - NEEN
(astma, chronische bronchitis of hooikoorts, enz.)?
20. Wordt u behandeld voor suikerziekte (dieet, tabletten of inspuitingen)? JA - NEEN

21. Heeft u ooit geelzucht gehad? JA - NEEN
22. Lijdt u aan één of andere leverziekte of nierziekte? JA - NEEN
23. Lijdt u aan bloedarmoede of ijzertekort? JA - NEEN
24. Blijft u na een verwonding of na het trekken van een tand zéér lang nabloeden? JA - NEEN
25. Heeft u ooit een hersentrombose of 'attaque' gehad? JA - NEEN
26. Bent u in behandeling voor een zenuwziekte? JA - NEEN
27. Bent u uitermate angstig of nerveus? JA - NEEN
28. Heeft u de gewoonte regelmatig slaappillen of kalmerende producten te gebruiken?
..... JA - NEEN
29. Neemt u medicatie om het bloed te verdunnen? JA - NEEN
30. Heeft u in de loop van het laatste jaar cortisone gebruikt? JA - NEEN
31. Rookt u en zo ja, hoeveel per dag? JA - NEEN
32. Gebruikt u regelmatig veel alcohol? JA - NEEN
33. Lijdt u aan een bepaalde oogziekte? JA - NEEN
34. Heeft u ooit een flebitis of een longembolie doorgemaakt? JA - NEEN
35. Heeft u schildklierproblemen? JA - NEEN
36. Heeft u ooit ernstige of langdurig rugpijn gehad? JA - NEEN
37. Heeft u dikwijls erge hoofdpijn? JA - NEEN
38. Valt u soms in bezwijming? JA - NEEN
39. Heeft u ooit verschijnselen van vallende ziekte (epilepsie) gehad? JA - NEEN
40. Heeft één van uw familieleden ooit problemen of verwikkelingen gehad bij
een verdoving? JA - NEEN
41. Heeft u soms last van maagzweren? JA - NEEN
42. Enkel voor vrouwen: bent u momenteel zwanger of bestaat er een kans dat u
zwanger zou zijn? JA - NEEN