

Preoperatieve vragenlijst (volwassenen)

Preoperatief consult
Tel. 09 310 06 43
Openingsuren van 8.30 u. tot 18.15 u.

Datum invullen formulier:/...../.....

Patiëntenetiket

Deze vragenlijst dient om uw gezondheidstoestand voor de geplande heelkundige ingreep, het onderzoek of de behandeling te kennen. Ze maakt deel uit van het preoperatief onderzoek en is strikt vertrouwelijk. De vragenlijst dient ingevuld te worden door de patiënt of door zijn of haar vertegenwoordiger.

Patiëntgegevens (invullen in drukletters a.u.b.)			
Naam van de patiënt:			
E-mailadres patiënt:			
Geboortedatum:/...../..... (DD/MM/JJJJ)		Geboorteplaats:	
Telefoon of gsm:			
Leeftijd: jaar	Lengte: cm	Gewicht: kg	Bloedgroep:
Naam contactpersoon:			Relatie:
Telefoon of gsm contactpersoon:			
Naam vertrouwenspersoon:			Telefoon:
Naam huisarts:			Telefoon:
Operatie, onderzoek of behandeling waarvoor u wordt opgenomen			
Operatie:		<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Datum ingreep:/...../.....			

Bent u allergisch aan of overgevoelig voor (gelieve het juiste antwoord te omcirkelen):		
Latex	neen - ja	
Huisstofmijt of huisstof	neen - ja	
Verdovingsstoffen bij de tandarts	neen - ja	
Planten, pollen of bomen	neen - ja	
Ontsmettingsmiddelen/jood	neen - ja	
Medicatie	neen - ja	Welke?
Voedsel	neen - ja	Welke?
Andere	neen - ja	Welke?
Ev. opmerkingen:		
Gewoontes		
Rookt u?	neen - ja	Hoeveel? /dag sinds jaar
Hebt u gerookt?	neen - ja	Hoelang? jaar
Gebruikt u alcohol?	neen - ja	Hoeveel? glazen/dag – week (omcirkel)
Gebruikt u regelmatig drugs of andere verslavingsmiddelen?	neen - ja	Welke?

Hebt u ...		
Een kunstgebit?	neen - ja	<input type="checkbox"/> boven <input type="checkbox"/> onder
Stifttanden of implantaten?	neen - ja	
Losstaande tanden?	neen - ja	Welke?
Een bril?	neen - ja	
Contactlenzen?	neen - ja	
Een hoorapparaat?	neen - ja	
Piercings?	neen - ja	Indien ja, verwijder deze thuis.
Kunstagels?	neen - ja	Indien ja, verwijder deze thuis.
Een pacemaker, neurostimulator of defibrillator?	neen - ja	
Een ingeplante pomp (voor pijnstilling of andere medische reden)?	neen - ja	
Wanneer was uw laatste bezoek aan de tandarts?/...../.....	
Werd u al eerder geopereerd?		
Indien ja, welke operatie(s)?	Wanneer?	Welk ziekenhuis?
/..... (MM/JJJJ)	
/.....	
/.....	
/.....	
/.....	
Waren er bij vorige operaties problemen?	neen - ja	Welke verdoving kreeg u? algemeen / regionaal / lokaal
Indien ja, welke?		
Familiaal		
Heeft al iemand in de familie slecht gereageerd op een narcose? (vb. intolerantie voor spierverslappers)	neen - ja	Welke?
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie?	neen - ja	
Ev. opmerkingen: (vb. spierziekte of stollingsstoornissen)		
Aandoeningen van hals en mond		
Hebt u problemen met het openen van uw mond?	neen - ja	
Hebt u problemen om uw hoofd te bewegen?	neen - ja	
Voelt u bij het bewegen van het hoofd pijn in nek, schouders of armen?	neen - ja	
Enkel voor vrouwelijke patiënten		
Bent u (mogelijk) zwanger?	neen - ja	
Hebt u last van overvloedige menstruatie?	neen - ja	
Wat is de datum van uw laatste menstruatie?/...../....	
Besmettelijke ziekte		
Lijdt u aan een besmettelijke ziekte?	neen - ja	Welke?
Endocrinologische aandoeningen		
Lijdt u aan suikerziekte?	neen - ja	
Lijdt u aan een schildklier-aandoening?	neen - ja	
Ziekten van longen en ademhalingsstelsel		
Hebt u een piepende ademhaling?	neen - ja	
Hebt u astma of hooikoorts?	neen - ja	
Bent of was u in behandeling voor een longziekte?	neen - ja	

Ziekten van hart en bloedvaten		
Hebt u soms pijn of een toesnoerend gevoel in arm of borstkas bij inspanning?	neen - ja	
Hebt u last van hartkloppingen?	neen - ja	
Hebt u soms gezwollen voeten?	neen - ja	
Slaapt u halfzittend?	neen - ja	
Hebt u problemen tijdens huishoudelijk werk?	neen - ja	
Bent u kort van adem na trappen doen van 2 verdiepingen?	neen - ja	
Bent u in behandeling voor een hartziekte?	neen - ja	
Hebt u ooit flebitis gehad?	neen - ja	
Hebt u een aandoening van de bloedvaten (gehad)?	neen - ja	
Wat is uw normale bloeddruk?/.....	
Ziekten van nieren en urinair stelsel		
Bent u nierdialysepatiënt?	neen - ja	
Bent of was u in behandeling voor een nierziekte?	neen - ja	
Hebt u problemen aan de urinewegen?	neen - ja	Welke?
Problemen van bloed en bloedstolling		
Hebt u gemakkelijk blauwe plekken?	neen - ja	
Hebt u al neusbloedingen gehad?	neen - ja	
Hebt u last van bloedend tandvlees?	neen - ja	
Hebt u ooit al een bloedtransfusie gehad?	neen - ja	
Zo ja, hoe hebt u daarop gereageerd?		
Ziekten van spijsverteringsstelsel en lever		
Hebt u last van maagzuur?	neen - ja	
Hebt u last van misselijkheid of braken?	neen - ja	
Hebt u last van reisziekte?	neen - ja	
Hebt u ooit geelzucht gehad?	neen - ja	Welke vorm?
Ziekten van het zenuwstelsel		
Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte?	neen - ja	
Bent u al in behandeling geweest bij een neuroloog of psychiater?	neen - ja	Waarvoor?
Hebt u last van tintelingen, zinderingen of gevoelloosheid ter hoogte van de ledematen?	neen - ja	Waar?
Lijdt u aan een depressie?	neen - ja	
Lijdt u aan een zenuwaandoening?	neen - ja	
Aandoeningen van het bewegingsstelsel		
Hebt u soms rugpijn?	neen - ja	
Hebt u artrose?	Neen - ja	
Hebt u reuma of artritis?	neen - ja	
Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese?	neen - ja	
Hebt u de laatste 6 maand cortisone toegediend gekregen?	neen - ja	
Doet u aan sport?	neen - ja	
Oogaandoeningen		
Lijdt u aan glaucoom?	neen - ja	
Voelt u zich momenteel ziek of zijn er zieken in uw omgeving?	neen - ja	
Opmerkingen		

Thuismedicatie					
Neemt u nu of hebt u in de laatste zes maanden medicatie genomen?	neen - ja				
Noteer in onderstaande tabel de medicatie en voedingssupplementen die u thuis inneemt. Vergeet uw puffer, oogdruppels, pleisters, inspuitingen, vitaminen,... niet te vermelden!					
1/ Geneesmiddelen die ik DAGELIJKS neem:					
Geneesmiddel (merknaam + dosis)	Aantal Nuchter	Aantal 's morgens	Aantal 's middags	Aantal 's avonds	Aantal voor het slapengaan
Voedingssupplementen/homeopathie die ik dagelijks neem:					
2/ Geneesmiddelen/voedingssupplementen/homeopathie die ik NIET DAGELIJKS neem:					
Geneesmiddel (merknaam + dosis)	Aantal + Frequentie (1x per week, 1x per maand, 1x per jaar,...)				
Wijkt u soms af van uw medicatieschema? Niet innemen, ander tijdstip, ander geneesmiddel,... ?	neen - ja	Wanneer? Waarom?			
Hebt u een wilsbeschikking		neen - ja			

- Ik bevestig dat ik de informatiebrochure 'bloedtransfusie' ontvangen,gelezen en begrepen heb.
- Ik geef toestemming om -indien nodig- tijdens of na de ingreep bloedproducten toegediend te krijgen.
Gelieve bij antwoord 'neen' het déchargeformulier voor patiënten die een bloedtoediening weigeren, in te vullen.
- Ik heb deze preoperatieve vragenlijst en de onthaalbrochure gelezen en ik verklaar bij opname op de hoogte te zijn van de richtlijnen voor hospitalisatie. U kunt alle brochures online raadplegen op www.azalma.be.

Gedaan op: / / door (naam):

Handtekening