

(ev. etiket)

Naam:

Voornaam:

Straat en huisnr:

Postcode en gemeente:

Geboortedatum:

PREANESTHESIE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN EN JONGEREN TOT 15 JAAR

Geachte ouder(s)

Door deze vragenlijst in te vullen, stelt u ons in staat om een correct beeld te vormen van de lichamelijke conditie en gezondheidstoestand van uw kind. Aan de hand van uw antwoorden zullen wij de meest gunstige anesthesiemethode bepalen. De informatie die u ons geeft blijft uiteraard strikt vertrouwelijk.

Bijkomende vragen in verband met de anesthesie kunt u vermelden op blz. 3.

Nadat u deze vragenlijst nauwkeurig heeft ingevuld, is het ook heel belangrijk dat u op bladzijde 3 schriftelijk de toestemming geeft voor narcose. Zonder deze schriftelijke toestemming zal uw kind niet onder narcose gebracht worden.

Lees ook aandachtig onderstaande belangrijke opmerkingen. Zo kunnen vervelende situaties bij de opname vermeden worden.

Gewicht: Lengte: Bloedgroep (indien gekend):

Kinderarts:

Huisarts:

Naam moeder: GSM:

Naam vader: GSM:

Naam begeleider (indien niet moeder of vader): GSM:

Belangrijke opmerkingen

- Uw kind wordt verzocht **6 UUR VOOR DE INGREEP** niet te eten, te drinken, te roken of te snoepen. Uitzondering: borstvoeding mag tot 4 uur voor de ingreep gegeven worden.
- Gelieve tandprothese, bril, hoorapparaat, contactlenzen, juwelen en uurwerk vóór de ingreep uit te doen. Letsels en/of schade tengevolge van het niet naleven van dit punt vallen ten laste van de patiënt.
- Make-up of nagellak zijn verboden.
- U brengt best **GEEN WAARDEVOLLE VOORWERPEN** mee naar het ziekenhuis. Wenst u toch iets in bewaring te geven, dan kan dit aan de receptie.
- Er worden **MAXIMUM 2 VOLWASSEN BEGELEIDERS** tijdens de opname bij het kind toegestaan.
- Er worden **GEEN ANDERE KINDEREN** (broers of zussen e.a.) of **BEZOEK** toegelaten.
- In het belang van uw kind is het wenselijk dat **één begeleider aanwezig en bereikbaar is in het ziekenhuis gedurende de ganse opname** (mag afgelost worden). Indien dit onmogelijk is, kan de ingreep, in overleg met de arts, uitgesteld worden.
- Wanneer uw kind **KOORTS** heeft bij opname, gelieve dit **ONMIDDELIJK** te **MELDEN**.

Vragenlijst in te vullen door ouder / voogd / huisarts

1. MEDICATIE

	Ja	Neen
Neemt uw kind medicatie?	0	0
Zo ja, welke (dosis + tijdstip):		
.....		
.....		
.....		

2. ALGEMENE INFORMATIE

	Ja	Neen
Was uw kind de laatste 6 weken onder doktersbehandeling?	0	0
Zo ja, waarvoor?		
.....		
.....		
Kreeg uw kind recent vaccinaties?	0	0
Zo ja, welke? Wanneer?		
.....		
Werd uw kind prematuur (te vroeg) geboren?	0	0
Zo ja, op hoeveel weken werd uw kind geboren?		
.....		
Wat was het geboortegewicht van uw kind?		
.....		
Heeft uw kind:		
- losse tanden?	0	0
- een bril?	0	0
- contactlenzen?	0	0
- een hoorapparaat, implantaat?	0	0
- piercings?	0	0

3. MEDISCHE INFORMATIE

	Ja	Neen
Heeft uw kind vroeger operaties gehad?	0	0
Zo ja, welke? Wanneer?		
.....		
.....		
Waren er problemen met de narcose?	0	0
bv. misselijkheid - moeilijke ademhaling - bloeding - andere:		
.....		
Heeft iemand in de familie problemen gehad met een narcose?	0	0
Zo ja, welke?		
.....		
Heeft uw kind een allergie of overgevoeligheid?	0	0
Zo ja, welke?		
- Medicatie: bv. antibiotica - aspirine - andere:	0	0
.....		
- Voedsel: bv. koemelk - noten - fruit - andere:	0	0
.....		
- Pollen, huisstofmijt:	0	0
.....		
- Dieren:	0	0
.....		
- Ontsmettingsstoffen:	0	0
.....		
- Latex: bv. rubber - ballon - pleisters - andere:	0	0
.....		
- Andere:	0	0
.....		
Heeft uw kind diabetes (suikerziekte)?	0	0
Heeft uw kind soms astma, een piepende of snurkende ademhaling?	0	0
Heeft uw kind eczeem?	0	0

	Ja	Neen
Heeft uw kind recent een besmettelijke ziekte gehad?	0	0
Zo ja, welke? bv. RSV, bronchiolitis, bronchitis, longontsteking, valse kroep, tuberculose, andere:		
.....		
Heeft uw kind geelzucht (hepatitis) gehad?	0	0
Heeft uw kind ooit een bloedtransfusie gehad?	0	0
Zo ja, waarvoor? Waren er nevenwerkingen?		
.....		
Heeft uw kind ooit bewustzijnsverlies gehad?	0	0
Zo ja, in welke omstandigheden?		
.....		
Heeft uw kind epilepsie (convulsies of stuipen)?	0	0
Zo ja, frequentie?		
.....		
Heeft uw kind problemen met de mondopening of met de beweeglijkheid van de hals? (bv. KISS-syndroom)	0	0
Is er iemand met een spierziekte in de familie?	0	0
Zo ja, welke? Bij wie?		
.....		
Heeft uw kind een hartgeruis, een aangeboren hartafwijking of een ander hartprobleem?	0	0
Zo ja, welk?		
.....		
Heeft uw kind soms blauw gekleurde lippen?	0	0
Heeft uw kind snel blauwe plekken of bloedend tandvlees?	0	0
Heeft uw kind ADHD, autisme, hyperkinetisch gedrag?	0	0
Zo ja, welke?		
.....		
Heeft uw kind nog andere, niet vermelde aandoeningen?	0	0
Zo ja, welke?		
.....		

Opmerkingen of vragen voor de anesthesist

.....

.....

.....

.....

TOESTEMMING NARCOSE

Ik, ondergetekende

ouder/voogd van

(naam kind)

geef hierbij toestemming voor een onderzoek of operatie onder narcose bij mijn minderjarig kind.
Ik heb alle vragen begrepen en naar waarheid ingevuld en ik zal de richtlijnen op blz. 1 opvolgen.

Tijdens de ingreep zal er steeds een begeleider aanwezig en bereikbaar zijn in het ziekenhuis.

De eerste 24 uur na de narcose zal er steeds iemand bij het kind / de jongere aanwezig zijn.

Datum:

Handtekening:



Informatie voor de kinderarts / huisarts

1. Preoperatieve medicatierichtlijnen (in te nemen op de dag van de ingreep, eventueel met een slokje water):

	Ja	Neen
• Pulmonale medicatie: <ul style="list-style-type: none">• Aërosol:• Puffertherapie:	+ +	
• Medicatie zenuwtelstel: <ul style="list-style-type: none">• Anti-epileptica:	+	
• Hormonale medicatie: <ul style="list-style-type: none">• Corticosteroiden• Contraceptiva	+ +	
• Diabetes medicatie: <ul style="list-style-type: none">• Insuline		*
• Antibiotica en antivirale middelen:	+	
• Medicatie voor maag en duodenum <ul style="list-style-type: none">• H2antihistaminica• Protonpompinhibitoren	+ +	

2. Richtlijnen preoperatieve technische onderzoeken bij:

- ASA \geq 3, ernstige systeemafwijkingen, prematuriteit, e.d.
- Antico, aspirine, bloedingsneiging

➔ **PREOPERATIEVE CONSULTATIE ANESTHESIE**

➔ **BLOEDONDERZOEK**

Hb/Hct, WBC, TC, aPTT, ionogram, Ur/creat, glycemie

Resultaten bij voorkeur meegeven met de patiënt

3. Meer informatie

Dienst Anesthesie
AZ Nikolaas
Campus Sint-Niklaas
03 760 23 01