

## Preoperatieve vragenlijst voor volwassenen

**DIENST ANESTHESIE**

**Diensthofd**  
 Prof. dr. P. Wouters

**CHIRURGISCH DAGCENTRUM**

**Afdelingshoofd**  
 Dr. M. Coppens

**CONTACT CHIRURGISCH DAGCENTRUM**

**TELEFOON**

+32 (0)9 332 53 84

**FAX**

+32 (0)9 332 53 85

**E-MAIL**

chir.dagcentrum@uzgent.be

**DOCNR**

**VERSIE**

05/11

**PAGINA**

1/4

**ADREMA**

Voor de artsen: richtlijnen preoperatieve onderzoeken: [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) >zorgverleners>artsen>kwaliteitspromotie >feedbackcampagnes >feedback preoperatieve onderzoeken >Medflash september 2005

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. Via dit formulier geeft u door ondertekening ook toestemming tot anesthesie. In te vullen door de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

**Patiëntgegevens**

Naam \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

**Contacten**

Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoon contactpersoon: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_

**Aanvullende patiëntgegevens**

Leeftijd: \_\_\_\_\_ jaar

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Lengte: \_\_\_\_\_ cm

Bloedgroep: \_\_\_\_\_

**Operatie, onderzoek of behandeling waarvoor u wordt opgenomen**

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Operatie: \_\_\_\_\_ rechts - links\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam begeleider: \_\_\_\_\_

Telefoon begeleider: \_\_\_\_\_

**Bent u allergisch aan of overgevoelig voor:**

Latex	ja – neen*
Huisstofmijt of huisstof	ja – neen*
Verdovingsstoffen bij de tandarts	ja – neen*
Planten, pollen of bomen	ja – neen*
Ontsmettingsmiddelen/jood	ja – neen*
Medicatie	ja – neen* welke? _____
Voedsel of andere?	ja – neen* welke? _____

**Gewoontes**

Rookt u?	ja – neen*	Hoeveel?	_____ /dag
		Hoelang al?	_____ jaar
Hebt u gerookt?	ja – neen*	Hoelang?	_____ jaar
Gebruikt u alcohol?	ja – neen*	Hoeveel?	_____ glazen/dag/week
Gebruikt u regelmatig drugs (verslavingsmiddelen)?	ja – neen*	Welke?	_____

**Hebt u ...**

Een kunstgebit?	ja – neen*	
Kunsttanden?	ja – neen*	
Losstaande tanden?	ja – neen*	Welke? _____
Contactlenzen?	ja – neen*	
Een hoorapparaat?	ja – neen*	
Piercings?	ja – neen*	Indien ja, verwijder deze thuis
Kunstnagels?	ja – neen*	Indien ja, verwijder deze thuis
Een pacemaker of stimulator?	ja – neen*	
Een ingeplante pomp (voor pijnstilling of andere medische reden)?	ja – neen*	

**Werd u al eerder geopereerd? ja – neen\***

Indien ja,  
Welke operatie(s)? \_\_\_\_\_ Wanneer? \_\_\_\_\_ Welk ziekenhuis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Waren er bij vorige operaties problemen? ja – neen\***

Indien ja,  
Welke? \_\_\_\_\_ Wanneer? \_\_\_\_\_ Welke verdoving kreeg u?  
\_\_\_\_\_ Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk\*  
\_\_\_\_\_ Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk\*  
\_\_\_\_\_ Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk\*

**Familiaal**

Heeft al iemand in de familie slecht gereageerd op een narcose?	ja – neen*
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie?	ja – neen*

**Aandoeningen van hals en mond**

Hebt u problemen met het openen van uw mond ?	ja – neen*	Breng hiervoor minstens 2 vingers boven elkaar in de mondopening
Hebt u problemen om uw hoofd te bewegen?	ja – neen*	
Voelt u bij het bewegen van het hoofd pijn in nek, schouders of armen?	ja – neen*	

**Enkel voor vrouwelijke patiënten**

Bent u (mogelijk) zwanger?	ja – neen*
Hebt u last van overvloedige menstruatie?	ja – neen*

**Besmettelijke ziekte**

Lijdt u aan een besmettelijke ziekte?	ja – neen*
Welke? _____	

### **Suikerziekte**

---

Lijdt u aan suikerziekte? ja – neen\*

### **Ziekten van longen en ademhalingsstelsel**

---

Hebt u een piepende ademhaling? ja – neen\*

Hebt u astma of hooikoorts? ja – neen\*

Bent of was u in behandeling voor een longziekte? ja – neen\*

### **Ziekten van hart en bloedvaten**

---

Hebt u soms pijn of een toesnoerend gevoel in arm of borstkas bij inspanning? ja – neen\*

Hebt u last van hartkloppingen? ja – neen\*

Hebt u soms gezwollen voeten? ja – neen\*

Slaapt u halfzittend? ja – neen\*

Hebt u problemen tijdens huishoudelijk werk? ja – neen\*

Bent u kort van adem na trappen doen van 2 verdiepingen? ja – neen\*

Bent u in behandeling voor een hartziekte? ja – neen\*

Hebt u ooit flebitis gehad? ja – neen\*

Hebt u een aandoening van de bloedvaten (gehad)? ja – neen\*

Wat is uw normale bloeddruk? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Ziekten van nieren en urinair stelsel**

---

Bent u nierdialysepatiënt? ja – neen\*

Bent of was u in behandeling voor een nierziekte? ja – neen\*

Welke? \_\_\_\_\_

### **Problemen met de stolling van het bloed**

---

Hebt u gemakkelijk blauwe plekken? ja – neen\*

Hebt u al neusbloedingen gehad? ja – neen\*

Hebt u last van bloedend tandvlees? ja – neen\*

### **Ziekten van spijsverteringsstelsel en lever**

---

Hebt u last van maagzuur? ja – neen\*

Hebt u last van misselijkheid of braken? ja – neen\*

Hebt u last van reisziekte? ja – neen\*

Wanneer? \_\_\_\_\_

Hebt u ooit geelzucht gehad? ja – neen\*

Welke vorm? \_\_\_\_\_

### **Ziekten van het zenuwstelsel**

---

Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte? ja – neen\*

Bent u al in behandeling geweest bij een neuroloog of psychiater? ja – neen\*

Hebt u last van tintelingen, zinderingen of gevoelloosheid ter hoogte van de ledematen? ja – neen\*

Waar? \_\_\_\_\_

### **Aandoeningen van het bewegingsstelsel**

---

Hebt u soms rugpijn? ja – neen\*

Hebt u reuma of artritis? ja – neen\*

Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese? ja – neen\*

## Medicatie

---

Neemt u nu of hebt u in de laatste zes maanden medicatie genomen?

Noteer duidelijk welk(e) geneesmiddel(en), de hoeveelheid in mg of g en het tijdstip van inname.

Vermeld hier ook alle pijnstillers, slaapmedicatie, medicatie om te vermageren, enz...

Vraag de lijst aan uw huisarts en breng ze mee.

Naam geneesmiddel	Dosis (in mg of g)	Wanneer?
Medicatie voor hart en bloedvaten		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Medicatie i.v.m. bloedstolling		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Medicatie i.v.m. suikerziekte		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Andere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Alternatieve middelen

---

Hebt u de afgelopen 6 maanden gebruik gemaakt van:

homeopathische middelen,

geneeskrachtige kruiden of

voedingssupplementen?

ja – neen\*

Zo ja. Welke?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ik heb deze preoperatieve vragenlijst en de onthaalbrochure van het chirurgisch dagcentrum gelezen en ik verklaar bij opname op de hoogte te zijn van de richtlijnen van daghospitalisatie.**

Gedaan op: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ door (naam): \_\_\_\_\_

Handtekening:

DIENT ANESTHESIE

Diensthofd  
Prof. dr. P. Wouters

CHIRURGISCH DAGCENTRUM

Afdelingshoofd  
Dr. M. Coppens

## Toestemmingsformulier Anesthesie voor volwassenen

### CONTACT CHIRURGISCH DAGCENTRUM

**TELEFOON**

+32 (0)9 332 53 84

**FAX**

+32 (0)9 332 53 85

**E-MAIL**

chir.dagcentrum@uzgent.be

**DOCNR**

**VERSIE**

05/11

**PAGINA**

1/4

ADREMA

### 10 aandachtspunten die uw veiligheid verhogen:

1. Het inademen van maaginhoud tijdens een sedatie of anesthesie is gevaarlijk. Ik houd mij daarom aan de afspraken omtrent nuchter zijn.
2. Sommige geneesmiddelen kunnen zwaardere neveneffecten hebben tijdens anesthesie. Ik neem enkel die geneesmiddelen die door de arts worden voorgeschreven.
3. De mogelijkheid om veilig deel te nemen aan het verkeer (auto, fiets, motor, openbaar vervoer, ...) is verminderd door de verdoving of operatie (bv. oogoperatie). Ik rijd vandaag niet zelf, maar laat mij om die reden begeleiden door \_\_\_\_\_
4. Als zich een probleem voordoet de eerste nacht na de behandeling kan ik beroep doen op \_\_\_\_\_ (naam partner, familielid, vriend, begeleider of andere).
5. Sierraden en piercings (ook op minder zichtbare plaatsen) verwijder ik zelf of laat ik op voorhand verwijderen, want deze kunnen tijdens een ingreep ernstige letsels veroorzaken (scheuren, brandwonden).
6. Alcohol kan ernstige nevenwerkingen hebben na een anesthesie of operatie. Ik drink geen alcoholische dranken tot 24 uur na de ingreep.
7. Indien de chirurg en/of anesthesist dit nodig vinden, blijf ik overnachten in het ziekenhuis.
8. Zelfs de dag nadien kan een operatie of verdoving nog nawerken. Ik neem dan ook geen belangrijke beslissingen en houd rekening met enig werkverlet.
9. In het kader van interne kwaliteitscontrole ga ik ermee akkoord dat mijn gegevens naamloos worden verwerkt (telefonische follow-up en enquête).
10. Ik kreeg voldoende informatie omtrent de ingreep, het onderzoek en de narcose en ik verbind mij ertoe de aanbevelingen nauwgezet te volgen.

Ik verklaar mij akkoord om een heelkundige ingreep of onderzoek onder anesthesie (algemene / plaatselijke / gedeeltelijke) te ondergaan in daghospitalisatie.

Gelezen en goedgekeurd

Datum

Handtekening