

Preoperatieve vragenlijst Dienst Anesthesie

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS:

Naam:..... Voornaam:.....
Geboortedatum:/...../..... Rijksregisternummer:.....

ALGEMENE ANAMNESE

Heelkundige ingreep/Onderzoek:..... links rechts

Datum ingreep:...../...../..... Chirurg:.....

Wat is uw lengte:.....cm Wat is uw gewicht:..... kg

- Staande positie Geschat
 Liggende positie Gewogen

Heeft u last van een beperkte beweeglijkheid van de nek? neen ja

Heeft u een kleine mondopening?
(als u geen 2 vingers boven elkaar in uw mond kan inbrengen) neen ja

Neemt u voedingssupplementen en/of homeopathie neen ja

Welke?.....

Gebruikt u medicatie? neen ja

Zo ja hoeveel verschillende medicatie gebruikt u?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 >15

Naam geneesmiddel volgens verpakking	Dosis zoals vermeld op verpakking	Nuchter	Ontbijt	Middag	Avond	Voor slapen	Opmerkingen: vb - stopdatum - Indien nodig - ma-woe-vr
	Mg/ml						opmerking

Waren er problemen bij eerdere operatie(s)? neen ja

misselijk braken extreem veel pijn lang naslapen

koorts bloedingen moeilijke intubatie pseudocholinesterase deficiëntie

andere:

Kreeg u ooit een bloedtransfusie: neen ja

Heeft u ooit een reactie gehad op een bloedtransfusie? neen ja

Indien ja, wat was de reactie:.....

Waarom kreeg u een bloedtransfusie:.....

Hebt u recent abnormaal bloedverlies gehad? neen ja

Geeft u toestemming om bloedproducten toe te dienen indien nodig? neen ja

Hebt u een bloedgroepkaartje? neen ja

Indien ja, gelieve dit mee te brengen bij opname

Heeft u last van reisziekte of wagenziekte? neen ja

ALLERGIEËN

Bent u allergisch voor bepaalde stoffen of medicamenten? neen ja

Indien Ja, welke

contrastmiddel jodium rubber/latex peniciline viseieren

kiwi banaan pinda pollen ontsmettingsmiddelen

pleisters verdovingsmiddelen bij tandarts kleurstoffen

andere:

Hoe omschrijft u het beste uw allergische reactie?

lichte lokale huiduitslag

veralgemeende huiduitslag, roodheid en jeuk

zwelling, dikke lippen en benauwde ademhaling

andere:

Bent u ooit door een allergische reactie in het ziekenhuis opgenomen geweest? neen ja

ROKEN, ALCOHOL EN DRUGS

Rookt u?

Nooit

Gestopt Passief Ja

Rookt(e) sinds: (vul een getal in)

Soort tabak:

sigaretten aantal per dag:..... pijp Aantal per dag:.....

sigaren aantal per dag:..... andere:.....

shag aantal per dag:.....

Gestopt met roken sinds:.....

Opmerkingen roken:.....

Gebruikt u alcohol?

neen

gestopt ja

Soort alcohol:

bier wijn vermouth/porto/sherry

gedestilleerd likeur andere:.....

Hoeveelheid alcohol:

minder dan 2 eenheden per dag meer dan 6 eenheden per dag

tussen 2 en 6 eenheden per dag andere:.....

Startdatum alcoholgebruik: (vul een getal in)

Gestopt met alcohol sinds:..... (vul een getal in)

Advies alcoholgebruik gegeven: neen ja

Opmerkingen alcohol:

Gebruikt u **drugs**?

neen

gestopt ja

Soort **druggebruik**:

Cannabis Amfetaminen Opiaten

MDMA (XTC) Cocaïne QAT

GHB Heroïne Andere:.....

Gebuikt sinds:..... (vul een getal in)

Toedieningsweg drugs:

- oraal pulmonaal subcutaan andere:.....
nasaal intraveneus intramusculair

Hoeveelheid drugs :.....

Heeft u in het verleden drugs gebruikt? neen ja

Indien ja: wanneer bent u gestopt met drugs?.....

Opmerkingen drugs:.....

HART – EN VAATZIEKTEN

Bent u in behandeling bij een cardioloog? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?.....

Hebt u last van hoge bloeddruk? neen ja

Hoe hoog is uw bovendruk (bij de huisarts)?.....

Hoe hoog is uw onderdruk (bij de huisarts)?.....

Hebt u last van pijn op de borst bij inspanning? neen ja

Heeft u (soms) een toesnoerend gevoel in uw arm of borstkas? neen ja

Wanneer? in rust bij inspanning

Heeft u een aandoening aan de bloedvaten (gehad)? neen ja

Heeft u last van gezwollen voeten? neen ja

Indien ja, wanneer?

- enkel bij warm weer
continue

Is er bij u ooit een hartgeruis gehoord? neen ja

Heeft u ooit een stentplaatsing of ballondilatatie gehad aan het hart of bloedvaten? neen ja

Indien ja,
minder dan 6 maanden geleden? neen ja

In welke ziekenhuis en bij welke arts?.....

Is er ooit een probleem aan een hartklep vastgesteld? neen ja

Heeft u hartkloppingen? neen ja

Heeft u een pacemaker of inwendige defibrillator? neen ja

Welke? (denk aan merk/type).....

Bent u in het laatste half jaar bij de cardioloog geweest voor uw pacemaker/inwendige defibrillator? neen ja

Welke cardioloog?.....

Bent u hiervoor in behandeling bij GZA/ZNA neen ja

Indien nee, waar bent u in behandeling?

Ziekenhuis.....Arts.....

Bent u in de laatste 3 maanden meer dan één keer flauw gevallen? neen ja

LUCHTWEGEN

Bent u onder behandeling bij een pneumoloog? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?

Heeft u de laatste 6 weken een longontsteking (gehad) of heeft u last van hoesten en/of slijm opgeven? neen ja

Heeft u:

astma COPD chronische bronchitis?

Hebt u last van kortademigheid?

nee ja, bij volledig platliggen ja, in rust
 ja, bij wandelen ja, bij lichte inspanning ja, bij sporten

Heeft u last van een piepende ademhaling? neen ja

Gebruikt u thuis zuurstof (voor longproblemen)? neen ja

Heeft u last van snurken of ademstops tijdens uw slaap? neen ja

Gebruikt u hiervoor een hulpapparaat? neen ja

Hebt u een CPAP-toestel? (Brenkt dit toestel mee bij uw opname) neen ja

MAAG – EN DARMSTELSEL

Bent u onder behandeling van een maag/darmspecialist? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?

Heeft u een maagzweer gehad? neen ja

Heeft u een maagbloeding gehad? neen ja

Heeft u overige maagklachten (maagzuur/zuurbranden)? neen ja

Heeft u een chronische darmziekte? neen ja

Heeft u last (gehad) van geelzucht, een leverziekte of hepatitis? neen ja

Heeft u een maagverkleining/maagbandje gehad in het kader van obesitas-chirurgie? neen ja

UROGENITAAL STELSEL

Bent u onder behandeling bij een nefroloog? neen ja

Bij wie en waar?

Heeft u een nierziekte? neen ja

Bent u een dialyse-patiënt? neen ja

Heeft u een vochtbeperking? neen ja

ZENUWSTELSEL

Bent u onder behandeling van en neuroloog? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?.....

Bent u vaak duizelig? neen ja

Heeft u last van tintelingen in de handen en/of voeten? neen ja

Heeft u vaak rugklachten/rugpijn? neen ja

Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct, of een beroerte gehad? neen ja

Heeft u last van stuipen of epilepsie? neen ja

Heeft u Multiple Sclerose (MS)? neen ja

Heeft u een spierziekte? neen ja

Heeft u een psychische aandoening? neen ja

Heeft u last van geheugenproblemen? neen ja

Bent u wel eens verward geweest na een operatie, tijdens een ziekenhuisopname, of tijdens ziekte thuis? neen ja

Heeft u last van verlammingen of krachtvermindering? neen ja

Aan welke kant van uw lichaam:

recht links beide

Heeft u Parkinson? neen ja

Bent u onder behandeling bij een pijnspecialist? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?.....

Heeft u een neurostimulator voor de pijn? neen ja

Welke neurostimulator hebt u?.....

(neem je afstandsbediening mee)

ENDOCRINOLOGIE

Bent u onder behandeling bij een endocrinoloog? neen ja

Indien ja, bij wie en waar?.....

Heeft u suikerziekte (diabetes)? neen ja

Bent u hiervoor in behandeling? neen ja

Hoe wordt uw suikerziekte behandeld?

orale medicatie inspuitingen beide

dieet geen behandeling

Heeft u een aandoening aan de schildklier? neen ja

Is het langer dan zes maanden geleden dat er een bloedonderzoek is uitgevoerd voor uw schildklierfunctie? neen ja

STOLLINGSPROBLEMEN

Heeft u ooit een longembolie doorgemaakt? neen ja

Heeft u ooit een trombose of flebitis van het been gehad? neen ja

Heeft u een stollingsziekte? neen ja

Welke stollingsziekte heeft u?

Hemofilie Ziekte van Von Willebrand Factor V deficiëntie

Factor VII deficiëntie andere:.....

Heeft u last van lang nabloeden?(bijv. na het trekken van een tand, of na een operatie) neen ja

Heeft u snel blauwe plekken of een bloedneus zonder reden neen ja

ADDITIONELE ANAMNESE

Heeft u een glaucoom? neen ja

Heeft u kanker (gehad)? neen ja

Welke vorm van kanker?.....

Bent u hiervoor in behandeling? neen ja

Indien ja, waar en bij wie?.....

Heeft u chemotherapie gekregen in de laatste 6 maanden? neen ja

Heeft u bestralingen gekregen in de laatste 6 maanden? neen ja

Heeft u besmettelijke ziektes? neen ja

HIV TBC Hepatitis B

Hepatitis C Covid-19 andere:.....

Bent u bewezen COVID-19 patiënt geweest? neen ja

Indien ja, wanneer?.....

Bent u voor COVID-19 opgenomen geweest in het ziekenhuis neen ja

Sinds wanneer zijn uw klachten voorbij?.....

Heeft u de laatste 14 dagen klachten gehad van koorts, hoesten, kortademigheid, keelpijn, spierpijn en/of benauwdheid? neen ja

Was een van uw huisgenoten COVID-19 positief? neen ja

Bent u gevaccineerd? neen ja

Ik wens dit niet te vermelden

Indien ja, wat is de datum van uw laatste vaccin?.....

Heeft u een prothese? neen ja

Heupprothese: links rechts beide

Knieprothese: links rechts beide

Schouderprothese: links rechts beide

Elleboogprothese: links rechts beide

Andere:.....

Indien van toepassing: bent u zwanger? neen ja

Indien van toepassing: geeft u borstvoeding? neen ja

Gebruikt u de pil? neen ja

Zijn er één of meerdere opties op u van toepassing?

kunstgebit brug/kronen losstaande tanden, welke:.....

contactlenzen bril hoorapparaat

piercings/juwelen (thuis verwijderen) kunstnagels (verwijderen)

Heeft u momenteel een doorligwonde, of heeft u dat ooit in het verleden gehad? neen ja

Op welke plaats heeft of had u een doorligwonde?.....

Heeft u nu pijn in het operatiegebied? neen ja

Heeft u nu reeds langdurig (>3maand) pijn op een andere plaats (chronische hoofdpijn, rugpijn,...)?

neen ja

Bent u de laatste 6 maanden erg overspannen/overbelast geweest? neen ja

Heeft u last van een of meer van volgende?

slapeloosheid oververmoeidheid gevoel van verkeerd begrepen zijn

angstige gedachten duizeligheid nood aan slaap-/kalmerende medicatie

geen van deze

Welke **kamerkeuze** had je gewenst?

- één persoonskamer tweepersoonskamer meerpersoonskamer

Let op, bij een éénpersoonskamer wordt een kamersupplement aangerekend en kan er een Ereloonsupplement van de artsen aangerekend worden tot 200%.

Bij opname van een kind met begeleidende ouder op een één persoonskamer, vervalt het Kamersupplement maar wordt een meerprijs voor rooming-in aangerekend, evenals de Ereloonsupplementen van 200%

Heb je een **hospitalisatieverzekering**?

Verwittig steeds je hospitalisatieverzekering voor de geplande opname en informeer je goed. Niet elke ingreep/behandeling/onderzoek kan rechtstreeks met de hospitalisatieverzekering geregeld worden. Dit is afhankelijk van je polis.

Bij welke maatschappij heb je een hospitalisatieverzekering?

.....

Wat is je polisnummer/lidnummer/ refertenummer voor deze opname?

.....

Wat is je

E-mailadres:..... Gsm-nummer/Telefoon:.....

Heeft u een huisarts? ja neen

Naam:.....Telefoonnummer:.....

Contactpersonen in geval van nood:

Naam:.....Telefoon:.....Verwantschap:.....

Naam:.....Telefoon:.....Verwantschap:.....

Heeft u nog andere informatie of vragen die voor ons van belang zouden kunnen zijn?

.....

Is deze vragenlijst door uzelf ingevuld of door een relatie?

De patiënt zelf

Andere:

Wat is uw naam?.....

Wat is uw relatie met de patiënt?.....