

# PREOPERATIEVE vragenlijst van de DIENST ANESTHESIE voor VOLWASSENEN (tel.: 052/25 25 05, raadpleging anesthesie)

Deze vragenlijst werd opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande heelkundige ingreep, onderzoek of behandeling te kennen en maakt deel uit van het preoperatief onderzoek.

Dit is uiteraard informatie die **vertrouwelijk** behandeld wordt. De anesthesist zal, na uw medisch dossier ingekeken te hebben, u eventueel persoonlijk zien en ook deze vragenlijst met u doornemen. Mogen wij U vragen deze vragenlijst nauwgezet in te vullen? Wanneer u zelf niet in staat bent deze vragen schriftelijk te beantwoorden, vragen we u dat de begeleidende persoon dit doet.

U hebt de begeleidende brochure met informatie over het verloop van de ingreep, de rol van de anesthesist, voorbereidende onderzoeken, soorten anesthesie, verloop van de ingreep, de ontwaakzaal en mogelijke nevenwerkingen van anesthesie gelezen en begrepen. Deze informatie is ook beschikbaar op de website [www.azsintblasius.be](http://www.azsintblasius.be) (zorgaanbod > specialismen > anesthesie).

Naam:..... Voornaam:..... Geboortedatum:.....	Geplande ingreep: 0 rechts 0 links 0 N.V.T. ..... Datum ingreep: ...../...../..... Chirurg:.....
Lichaamslengte: .....cm Gewicht:.....kg Bloedgroep:.....	

## 1. Bent u allergisch aan:

zo ja , welke reactie?

- |   |             |       |
|---|-------------|-------|
| ✓ Planten, pollen huisstof                  | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Contraststoffen                           | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Latex/rubber                              | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Kleefpleisters Welke?                     | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Ontsmettingsmiddelen Welke?               | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Verdovingsmiddelen bij de tandarts Welke? | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Antibiotica Welke?                        | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Medicatie Welke?                          | 0 ja 0 neen | ..... |
| ✓ Andere                                    |             | ..... |

## 2. Gewoontes

- |                         |             |                                       |
|-------------------------|-------------|---------------------------------------|
| ✓ Rookt u?              | 0 ja 0 neen | ...../dag, gedurende.....jaar         |
| ○ Elektronische sigaret | 0 ja 0 neen |                                       |
| ✓ Gebruikt u alcohol?   | 0 ja 0 neen | ..... glazen/dag .....glazen per week |
| ✓ Andere genotsmiddelen | 0 ja 0 neen |                                       |
| welke?.....             |             | .....frequentie.....                  |

**Voor gebruikers van genotsmiddelen kunnen ten gevolge van anesthesie en operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken moet de anesthesist ingelicht worden over wat u neemt.**

3. **Zijn er bij bloedverwanten aangeboren afwijkingen /ziekte** 0 ja 0 neen  
 ✓ Welke? .....
4. **Hebt u een schildklierprobleem?** 0 ja 0 neen  
 ✓ Welke? .....
5. **Hebt u last van wagenziekte?** 0 ja 0 neen
6. **Hebt u een te hoge cholesterol?** 0 ja 0 neen
7. **Hebt u een te hoge/ te lage bloeddruk?** 0 ja 0 neen
8. **Lijdt u aan suikerziekte?** 0 ja 0 neen  
 ✓ Gebruikt u insuline? 0 ja 0 neen
9. **Werd u vroeger reeds geopereerd?** 0 ja 0 neen  
 ✓ Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen?  
 ○ In:..... Voor:.....  
 ○ In:..... Voor:.....  
 ○ In:..... Voor:.....  
 ○ In:..... Voor:.....  
 ○ In:..... Voor:.....  
 ○ In:..... Voor:.....
10. **Reageerde u bij een verdoving op een abnormale manier (bv: misselijkheid, braken, rillen, angst, agressie...)?** 0 ja 0 neen  
 ✓ Zo ja, welke?.....
11. **Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie?** 0 ja 0 neen  
 ✓ Zo ja, welke?.....
12. **Hebt u...?**
- |                      |             |             |             |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| ✓ Een kunstgebit?    | 0 ja 0 neen | 0 bovenkaak | 0 onderkaak |
| ✓ Kunsttanden?       | 0 ja 0 neen | 0 bovenkaak | 0 onderkaak |
| ✓ Losstaande tanden? | 0 ja 0 neen | 0 bovenkaak | 0 onderkaak |
| ✓ Contactlenzen?     | 0 ja 0 neen |             |             |
| ✓ Hoorapparaat?      | 0 ja 0 neen |             |             |
13. **Aandoeningen van longen en ademhalingsstelsel.**
- ✓ Hebt u een piepende ademhaling? 0 ja 0 neen  
 ○ Zo ja, wanneer? .....
- ✓ Hebt u astma? 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u chronische bronchitis? 0 ja 0 neen
- ✓ Bent u in behandeling (geweest) voor een longziekte? 0 ja 0 neen  
 ○ Zo ja, welke?.....
- ✓ Bent u onlangs (laatste maand) verkouden geweest? 0 ja 0 neen

**14. Aandoeningen van de ogen.**

- ✓ Bent u slechtziend? 0 ja 0 neen
- ✓ Bent u momenteel in behandeling voor een oogziekte? 0 ja 0 neen
  - Zo ja, omschrijf:.....

**15. Aandoeningen van het hart.**

- ✓ Hebt u last van hartkloppingen? 0 ja 0 neen
  - Wanneer?.....
- ✓ Hebt u soms gezwollen voeten? 0 ja 0 neen
  - Wanneer?.....
- ✓ Bent u in behandeling (geweest) voor een hartziekte? 0 ja 0 neen
  - Welke?.....
- ✓ Is er een stent in een bloedvat geplaatst? 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u problemen om twee verdiepen trappen op te gaan  
ZONDER pijn in de borstkas, arm? 0 ja 0 neen
- ✓ Doet u aan sport? Welke? .....
- ✓ Hebt u problemen om een flinke inspanning (bv 5 km fietsen) te leveren? 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u een pacemaker of interne defibrillator? 0 ja 0 neen

**16. Ziekten van het zenuwstelsel.**

- ✓ Bent u (ooit) in behandeling geweest voor een zenuwziekte? 0 ja 0 neen
  - Welke, omschrijf:.....
- ✓ Hebt u ooit het bewustzijn verloren? 0 ja 0 neen
- ✓ Had u ooit een verlamming/CVA 0 ja 0 neen
- ✓ Lijdt u aan epilepsie? 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u tintelingen in handen en of voeten? 0 ja 0 neen

**17. Aandoeningen aan de rug.**

- ✓ Hebt u soms pijn in de rug? 0 ja 0 neen
  - Waar?.....
- ✓ Gaat dit gepaard met pijn in de boven- of onderbenen? 0 ja 0 neen

**18. Aandoeningen ter hoogte van de hals en aangezicht.**

- ✓ Bent u slechthorend? 0 ja 0 neen
- ✓ Heeft u schildklierlijden? 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u pijn bij het openen van de mond? 0 ja 0 neen
  - Zo ja, omschrijf:.....
- ✓ Hebt u een beperkte beweeglijkheid van de nek? 0 ja 0 neen
- ✓ Voelt u pijn in de hals bij het bewegen van uw hoofd? 0 ja 0 neen
  - Zo ja, heeft u uitstralingspijn naar de armen? 0 ja 0 neen

**19. Ziekten van de lever en de galblaas.**

- ✓ Lijdt of leed u aan hepatitis?
  - Hepatitis A/ geelzucht 0 ja 0 neen
  - Hepatitis B 0 ja 0 neen
  - Hepatitis C 0 ja 0 neen
- ✓ Hebt u ooit problemen met de galblaas gehad? 0 ja 0 neen

**20. Aandoeningen van het bewegingsstelsel.**

- ✓ Werd bij u ooit een prothese ingeplant? Zo ja, waar? ..... 0 ja 0 neen  
 ✓ Bent u ooit in behandeling geweest voor reuma? 0 ja 0 neen  
 ✓ Bent u ooit in behandeling geweest voor artritis? 0 ja 0 neen

**21. Ziekten van het spijsverteringsstelsel.**

- ✓ Hebt u ooit een maagzweer gehad? 0 ja 0 neen  
 ✓ Hebt u last bij het slikken? 0 ja 0 neen  
 ✓ Hebt u last van maagzuur? 0 ja 0 neen

**22. Aandoeningen van de bloedvaten.**

- ✓ Heeft u ooit spataders gehad? 0 ja 0 neen  
 ✓ Heeft u ooit flebitis gehad? 0 ja 0 neen  
 ○ Zo ja, in welk jaar?.....

**23. Problemen met de stolling van het bloed**

- ✓ Neemt u medicatie om het bloed te verdunnen? 0 ja 0 neen  
 ✓ Hebt u gemakkelijk blauwe plekken zonder redenen? 0 ja 0 neen

**24. Aandoeningen van de nieren en het urinair stelsel**

- ✓ Hebt u moeilijkheden om te plassen? 0 ja 0 neen  
 ✓ Bent u nierdialyse- patiënt? 0 ja 0 neen  
 ✓ Bent u in behandeling (geweest) voor een nierziekte? 0 ja 0 neen  
 ○ Zo ja, welke?.....

**25. Hebt u onlangs (laatste maand) griep gehad of bent u verkouden?**

0 ja 0 neen

**26. Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? (vb. HIV, SOA, ...)**

0 ja 0 neen

- ✓ Zo ja, welke?..... 0 ik weet het niet

**27. Enkel voor vrouwelijke patiënten.**

- ✓ Zou het mogelijk zijn dat u zwanger bent? 0 ja 0 neen  
 ✓ Bent u zwanger? 0 ja 0 neen  
 ✓ Hebt u geregeld overvloedige menstruaties? 0 ja 0 neen

**28. Woonsituatie:**

0 thuis 0 rusthuis 0 andere:.....

Heeft u thuishulp/thuisverpleging nodig? 0 neen 0 ja

Zo ja, welke:-----

**29. Heeft u reeds hulpmateriaal?**

0 rollator

0 personenalarm:

0 andere:.....

Bent u de afgelopen 6 maanden gevallen? 0 ja 0 neen

**30. Neemt u geneesmiddelen? Noteer duidelijk welk geneesmiddel, de dosis in milligram of gram, het aantal maal per dag en het tijdstip van inname. Vermeld zeker hier ook ALLE pijnstillers en slaapmedicatie, bloeddrukmedicatie, antistolling (Marcoumar, Marevan, ...), ...**

## Persoonlijke medicatielijst

<p>Noteer hier enkel die geneesmiddelen die u <b>dagelijks</b> of <b>regelmatig</b> neemt. Noteer hier ook producten die u bij de apotheker of elders haalt <u>zonder voorschrift</u>: <b>pijnstillers, maagzuurremmers, slaapmiddelen, vitaminen,...</b></p>					
<input type="checkbox"/> Ik neem <b>GEEN</b> medicatie					
<b>Ik neem DAGELIJKS:</b>					
VOLLEDIGE naam geneesmiddel + sterkte + vorm (tablet, druppels,...)	HOEVEEL van het geneesmiddel neem u in en WANNEER op de dag?				Opmerkingen: bv. nuchter, om de 2 dagen
	Ochtend	Middag	Avond	Voor slapen	
<i>Bv. Lasix 40mg tablet</i>	1 (8u)				
<b>Volgende medicatie neem ik NIET DAGELIJKS:</b>					

Ik beschik over een wilsverklaring     ja     nee

Wenst u nog iets te vermelden?

0 ja 0 neen

.....  
**Waar kunnen wij u bereiken bij eventuele vragen of onduidelijkheden?**

Telefoonnummer/GSM:.....

email:.....@.....

**Contactpersoon:**.....

**Telefoonnummer/ GSM:**.....

## TOESTEMMINGSVERKLARING BLOEDTOEDIENING

Zeer uitzonderlijk is een transfusie (= bloedtoediening) noodzakelijk om medische redenen. De behandelende arts zal zo mogelijk vooraf de reden van transfusie en de meerwaarde ervan toelichten. In de brochure 'Informatie over verdoving en bloedtoediening' die u bij deze vragenlijst ontvangen hebt, kan u de informatie doornemen over bloedtoediening (hoofdstuk 4).

**Gelieve hieronder toestemming te geven voor een eventuele medisch noodzakelijke bloedtoediening.**

Ik, ondergetekende (voornaam en naam van de patiënt of van zijn wettelijk vertegenwoordiger)

- .....  
 .....
- Bevestig dat ik de brochure 'Informatie over verdoving en bloedtoediening' gelezen en begrepen heb
  - Erken over alle informatie te beschikken die ik wenselijk acht om in vrijheid een weloverwogen beslissing te nemen
  - Ben op de hoogte dat een persoonlijk gesprek met mijn arts ivm transfusie steeds mogelijk is
  - Ken mijn huidige gezondheidstoestand
  - Ben op de hoogte van het doel en de aard van een transfusie
  - Ben op de hoogte van de mogelijke voordelen en nadelen/verwikkelingen
  - Heb kennis genomen van de mogelijke alternatieven
  - Ben op de hoogte van de kans op slagen
  - Ben op de hoogte van mogelijke problemen in relatie tot herstel
  - Ben op de hoogte van de mogelijke gevolgen als ik in geval van medische noodzaak geen transfusie laat verrichten
  - Ben op de hoogte wat de duur en frequentie van de nazorg is
  - Weet dat ik ten allen tijde het recht heb de transfusie te annuleren of te laten stopzetten

**Gelieve aan te vinken:**

0 Ik geef hiermee de toestemming om in geval van medische noodzaak een transfusie te laten uitvoeren, of gelijk welke andere medische daad uit te voeren die nodig geacht wordt, voortvloeiend uit de transfusie.

0 Ik weiger een bloedtransfusie.

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

.....  
*Handtekening, voorafgegaan door de eigenhandig geschreven woorden "Gelezen en goedgekeurd"*

## TOESTEMMINGSVERKLARING ANESTHESIE

- Ik, ondergetekende (voornaam en naam van de patiënt of van zijn wettelijk vertegenwoordiger) .....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, soorten anesthesie, verloop van de ingreep, de ontwaakzaal en mogelijke nevenwerkingen van anesthesie gelezen en begrepen. Deze informatie is ook beschikbaar op de website [www.azsintblasius.be](http://www.azsintblasius.be) (zorgaanbod > specialismen > 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 afsprakenbureau op het nummer: 052 25 25 05.*
- Ik verbind mij ertoe 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.
- In geval van medische noodzaak geef ik toestemming om andere medische verrichtingen uit te voeren dan de geplande vorm van anesthesie.

*Handtekening, voorafgegaan door de eigenhandig geschreven woorden "Gelezen en goedgekeurd"*  
 (datum & handtekening) .....

## BEVESTIGING ANESTHESIST Voorbehouden voor de geneesheer-anesthesist :

Ik bevestig dat de patiënt (ouder/voogd van de patiënt) voldoende geïnformeerd is over de anesthesie en ik meen dat de patiënt de voordelen en mogelijke risico's van de gekozen anesthesietechniek begrijpt.

In samenspraak met de patiënt (ouder/voogd van de patiënt) wordt er geopteerd voor de volgende anesthesietechniek :

algemene anesthesie

sedatie

locoregionale anesthesie

Mallampati classificatie : 1 - 2 - 3 - 4

ASA classificatie : .....

Naam + voornaam : .....

Dr. R. Bruyndonckx 1/73099/46/109

Dr. A. Callewaert 1/35097/24/100

Dr. K. Mignolet 1/08241/11/100

Dr. E. Pannier 1/47457/80/100

Dr. J. Pauwels 1/47769/59/100

Dr. K. Persyn 1/45479/21/100

Dr. W. Swinnen 1/07912/49/100

Dr. M. Thijsen 1/36640/33/100

Dr. S. Van Biesen 1/99527/02/100

Dr. J. Vandermeulen 1/37442/07/100

Dr. B. Van Damme 1/09423/90/109

Dr. J. Van Eester 1/19524/77/100

Dr. N. Van Langenhove 1/47927/95/100

Dr. I. Van Mol 1/18298/42/100

Dr. J. Van Praet 1/45115/95/100

Dr. P. Vandevoorde 1/45611/56/100

Dr. T. Vanhoutte 1/09897/04/100

Dr. S. Verdonck 1/45902/83/100