

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN
DIT FORMULIER IS STRIKT VERTROUWELIJK

Beste Ouder/Voogd,

Om de anesthesie bij uw kind zo vlot mogelijk te laten verlopen vragen wij u onderstaande vragenlijst nauwgezet en correct in te vullen. Deze informatie is strikt vertrouwelijk.

Indien u problemen hebt met het invullen van dit document, gelieve u dan tot uw huisarts te wenden. Hij/zij zal u graag verder helpen.

 Mogen wij u vragen om deze info **minstens 14 dagen** voor de ingreep te bezorgen **aan de preoperatieve raadpleging** van AZ Diest via de bijgevoegde gefrankeerde briefomslag, via het faxnummer 013 35 47 62, via het e-mail adres: preop@azdiest.be of door deze persoonlijk aan het onthaal van het ziekenhuis (AZ Diest) te komen afgeven.

PATIENTENGEGEVENS

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Patiëntenklever

 Ingreep: _____ Links Rechts Nvt

Leeftijd: _____ Lengte: _____ cm Gewicht: _____ kg

IS UW KIND ALLERGISCH?

	nee*	ja*	Waarvoor?	Reactie?
- Voor medicatie?	nee*	ja*	_____	_____
- Voor ontsmettingsmiddel?	nee*	ja*	_____	_____
- Voor latex / rubber?	nee*	ja*	_____	_____
- Andere?	nee*	ja*	_____	_____

Gelieve bij een latex-allergie STEEDS ELKE zorgverlener hiervan op de hoogte te brengen.
VOORGESCHIEDENIS

Werd uw kind reeds geopereerd?	nee*	ja*	Wanneer?	Welke operatie?
			_____	_____
Waren er problemen bij de operatie of verdoving?	nee*	ja*	Welke?:	_____
Zijn er familiaal problemen gekend:			Welke?:	_____
- Algemeen?	nee*	ja*	Type:	_____
- Bij verdoving?	nee*	ja*	Aandoening?:	_____
Heeft uw kind suikerziekte?	nee*	ja*	Behandelende arts?:	_____
Is uw kind gedurende de laatste 6 weken ziek geweest?	nee*	ja*	Behandeling?:	_____
Heeft uw kind koorts?	nee*	ja*	Breng het ziekenhuis op de hoogte!	_____
Heeft uw kind gemakkelijk:			_____	_____
- Blauwe plekken?	nee*	ja*	_____	_____
- Neusbloedingen?	nee*	ja*	_____	_____
Is er nog iets wat u wil zeggen aan de anesthesist?			_____	_____

MEDICATIE

Noteer hier enkel de geneesmiddelen die uw kind dagelijks of regelmatig neemt: pijnstillers, insuline, slaapmiddelen, oogdruppels, puffers, voedingssupplementen, ... of voeg een duidelijk overzicht toe.

VOLLEDIGE naam geneesmiddel + sterkte + vorm (tablet, druppels, siroop, ...)	Hoeveel neemt u in en wanneer op de dag?				Opmerkingen: bv. Nuchter, 1x per week op maandag, ...
	Ochtend	Middag	Avond	Voor slapen	
bv: dafalgan 500 mg tablet	1	1	1	2	dagelijks

Op de dag van de ingreep moet uw kind **NUCHTER** zijn. Dit wil zeggen dat het kind **ten minste 6 uur vóór** de ingreep niks meer gegeten, gedronken of gerookt heeft.

Op deze regel zijn twee uitzonderingen:

- water (niet bruisend, zonder toevoegingen) mag uw kind drinken **tot 3 uur voor de ingreep**.
- als uw kindje jonger is dan één jaar mag het borst-of flesvoeding drinken **tot 4 uur voor de ingreep**.

Deze regels dienen ertoe om de anesthesie bij uw kind op een zo veilig mogelijke manier te laten verlopen.

Bij het niet naleven van deze richtlijnen zal de ingreep uitgesteld moeten worden.

VERKLARING TOT INSTEMMING

Ondertekende: _____ Ouder/voogd*

Telefoonnummer: _____

- Ik geef hierbij de toelating aan de behandelende artsen in het AZ Diest om de chirurgische ingreep / het onderzoek* en de hiervoor nodige verdoving te laten verrichten in (dag)hospitalisatie op mijn minderjarig kind.

- Ik werd ingelicht omtrent de aard en de bedoeling van de medische ingreep die binnenkort uitgevoerd zal worden. Ik werd door de behandelende arts ingelicht omtrent de risico's verbonden aan deze ingreep, de mogelijke resultaten en de beperkingen van de methode. Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen.

- Ik verklaar deze vragenlijst naar waarheid, best vermogen en zo nauwkeurig mogelijk te hebben ingevuld. Ik ben mij bewust van het gevaar dat kan voortvloeien uit onnauwkeurige, onvolledige of valse gegevens. Ik ga ook akkoord met medische beslissingen die hieruit kunnen voortvloeien.

- Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het AZ Diest indien dit door onvoorziene omstandigheden nodig mocht blijken.

- Ik ben mij bewust van de verantwoordelijkheid die een opname in het (dag)ziekenhuis met zich mee brengt en bevestig hierbij mij aan de volgende richtlijnen te zullen houden:

- Vanaf tenminste 6u voor de ingreep mijn kind niets meer te laten eten, drinken of roken. En mijn kind strikt aan de nuchterheidsregels zoals hierboven beschreven te houden.
- Mijn kind geen alcoholische dranken te laten innemen tot 24u na de behandeling.
- Mijn kind niet op eigen kracht naar huis te laten gaan, maar door een verantwoordelijke persoon naar huis te laten begeleiden.
- Voorzorg te nemen om gedurende de eerste 24u na de behandeling mijn kind onder rechtstreeks toezicht te laten blijven van een verantwoordelijk persoon.
- Make-up, piercings, juwelen, nagellak en gelnagels te verwijderen voor de ingreep.

Tevens verklaar ik akkoord te gaan dat een vertegenwoordiger van een medisch bedrijf op aanvraag van de chirurg, de operatie kan bijwonen.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum: _____

Handtekening: _____

* omcirkel wat van toepassing is