

**PREOPERATIEVE VRAGENLIJST**
**DIT FORMULIER IS STRIKT VERTROUWELIJK**

Deze vragenlijst peilt naar uw gezondheidstoestand en dient uitsluitend om toe te laten u de beste zorgen te verlenen overeenkomstig met uw persoonlijke toestand. Wees daarom eerlijk en probeer duidelijk te zijn. 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.**

**PATIËTENGEGEVENS**

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

Adres: \_\_\_\_\_

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

Patiëntenklever

 Ingreep: \_\_\_\_\_  Links  Rechts  Nvt

Leeftijd: \_\_\_\_\_ Lengte: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beroep: \_\_\_\_\_

**BENT U ALLERGISCH?**

- Voor medicatie?

nee\*

ja\*

Waarvoor?

Reactie?

- 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.**

**GEWOONTES**

Rookt u?

nee\*

ja\*

Hoeveel per dag? \_\_\_\_\_

Nuttigt u alcoholische dranken?

nee\*

ja\*

Wat en hoeveel per week? \_\_\_\_\_

Neemt u drugs?

nee\*

ja\*

Wat en hoeveel per week? \_\_\_\_\_

**VOORGESCHIEDENIS**

Werd u 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\*

- Bij verdoving?

nee\*

ja\*

Hebt u suikerziekte?

nee\*

ja\*

Type:

Hebt u een schildklierlijden?

nee\*

ja\*

Bent u drager van een besmettelijke ziekte?

nee\*

ja\*

Welke?:

**ADEMHALING & LONGEN**

Draagt u een tandprothese?	nee*	ja*	Verwittig de verpleegkundige
Hebt u losstaande tanden?	nee*	ja*	Welke?:
Hebt u ooit problemen gehad met uw longen?	nee*	ja*	Verduidelijk aub!
- Astma , copd, tbc?	nee*	ja*	
- Hebt u nu bronchitis of fluimen?	nee*	ja*	
- Bent u verkouden?	nee*	ja*	
- Slaapapnoe/CPAP?	nee*	ja*	Zo ja, breng steeds uw toestel mee.
Snurkt u luid? (Luid genoeg om door gesloten deuren gehoord te worden?)			nee / ja*
Voelt u zich overdag vaak vermoeid, niet uitgerust of slaperig? (vb. in slaap valen tijdens rijden)			nee / ja*
Heeft iemand ooit waargenomen dat u tijdens uw slaap stopt met ademen of naar adem leek te happen?			nee / ja*

**HART**

Hebt u ooit problemen gehad met uw hart?	nee*	ja*	Verduidelijk aub!
- Hoge bloeddruk?	nee*	ja*	
- Hartinfarct, overbrugging, stent?	nee*	ja*	
- Ritmestoornissen waarvoor u medicatie neemt?	nee*	ja*	
Bent u in behandeling bij een hartspecialist?	nee*	ja*	Wie/waar?
Datum van de laatste controle?			
Heeft u de laatste maand last van een drukkend gevoel/pijn op de borst?			nee / ja*
Kan u nog 100 m stappen zonder kortademigheid of pijn op de borst?			nee / ja*

**SPIEREN, GEWRICHTEN & ZENUWSTELSEL**

Hebt u spier-, gewrichts- of zenuwaandoeningen?	nee*	ja*	Verduidelijk aub!
- Artritis, reuma?	nee*	ja*	
- Nekklachten: uitstraling naar de arm?	nee*	ja*	
- Rugklachten: uitstraling naar het been?	nee*	ja*	
- Herseninfarct, hersenbloeding?	nee*	ja*	
- Epilepsie (vallende ziekte)?	nee*	ja*	
- Gevoelsvermindering in ledematen?	nee*	ja*	Waar?:
- Krachtsvermindering in ledematen?	nee*	ja*	Waar?:
- Depressie of andere psychische aandoening?	nee*	ja*	

**NIEREN**

Hebt u ooit nierproblemen gehad?	nee*	ja*	Verduidelijk aub!
- Verminderde nierwerking?	nee*	ja*	
- Nierstenen, nierontsteking?	nee*	ja*	

**MAAG & DARM**

Hebt u ooit maag-darm problemen gehad?	nee*	ja*	Verduidelijk aub!
- Maagzuur, maagontsteking?	nee*	ja*	
- Maagzweer met of zonder maagbloeding?	nee*	ja*	
- Andere maag-darm problemen?	nee*	ja*	
- Leverziekte?	nee*	ja*	

\* omcirkel wat van toepassing is

**BLOEDVATEN**

Hebt u gemakkelijk blauwe plekken of bloedt u gemakkelijk?	nee*	ja*	
Neemt u aspirine, andere pijnstillers of medicatie om het bloed te verdunnen?	nee*	ja*	Vergeet deze niet op het medicatieoverzicht te vermelden!
Heeft de chirurg gevraagd deze te stoppen?	nee*	ja*	Vanaf wanneer?
Hebt u ooit problemen gehad met uw bloedvaten?	nee*	ja*	welke:
- Spataders?	nee*	ja*	

**BIJKOMENDE INFO**

Bent u zwanger?	nee*	ja*	
Volgt u een dieet?	nee*	ja*	<input type="checkbox"/> suikervrij <input type="checkbox"/> vetarm <input type="checkbox"/> zoutloos <input type="checkbox"/> .....
Draagt u contactlenzen of bril?	nee*	ja*	Verwittig de verpleegkundige
Draagt u een hoorapparaat?	nee*	ja*	Verwittig de verpleegkundige
Bent u angstig?	nee*	ja*	<input type="checkbox"/> dikwijls <input type="checkbox"/> voor de ingreep
Is er nog iets wat u wil zeggen aan de anesthesist?			

**MEDICATIE**

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

VOLLEDIGE naam geneesmiddel + <b>sterkte</b> + 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

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.

**Gelieve de verklaring tot instemming ook te tekenen, zie omzijde.**

Mogen wij u vragen om deze info (ingevulde vragenlijst, eventuele medicatielijst, ecg, labo, ...) **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.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Ingevuld door:** \_\_\_\_\_  
**Handtekening:** \_\_\_\_\_

\* omcirkel wat van toepassing is

## VERKLARING TOT INSTEMMING

Ondertekende: \_\_\_\_\_ (naam en voornaam)

**Geeft toestemming voor de chirurgische ingreep/het onderzoek en de anesthesie die hiervoor nodig is op:**

- mezelf  mijn echtgeno(o)t(e)  mijn minderjarig kind  
 .....

### Betreffende de ingreep

- U werd ingelicht omtrent de aard en de bedoeling van de medische ingreep die binnenkort uitgevoerd gaat worden. U werd ingelicht omtrent de risico's verbonden aan de ingreep, de mogelijke resultaten en beperkingen van de methode. U kreeg de kans om vragen te stellen;
- U heeft de eventuele informatiebrochure i.v.m. de voorgestelde ingreep gelezen en verklaart alle informatie begrepen te hebben

### Betreffende de anesthesie (verdooving)

- U werd ingelicht over de voorgestelde verdooving met hierbij de mogelijke alternatieven en risico's. U kreeg de kans om vragen te stellen;
- U heeft de eventuele informatiebrochure i.v.m. de voorgestelde verdooving gelezen en u verklaart alle informatie begrepen te hebben;
- U heeft de vragenlijst ingevuld en alle noodzakelijke bijkomende onderzoeken laten uitvoeren;
- U verklaart nuchter te blijven (niets eten, drinken of roken) vanaf middernacht voor het geplande onderzoek / de verdooving / de ingreep\*;
- U heeft begrepen dat aan elke vorm van anesthesie risico's verbonden zijn, mede bepaald door de algemene toestand en de ernst van de ingrepen. Het niet naleven van de regels omtrent nuchterheid en inname van de thuismedicatie kunnen de risico's verhogen. Meer info kan u vinden in de infobrochure of op de website ([www.azdiest.be](http://www.azdiest.be));
- U verklaart uw make-up, gelnagels (duim en wijsvinger van beide handen), juwelen en piercings en contactlenzen te verwijderen voor de ingreep. (Het ziekenhuis is niet verantwoordelijk voor verlies.);
- De eerste 24 uur na de ingreep / verdooving\* zal u geen voertuig (auto, fiets, motor) besturen en geen machines bedienen. U zal geen alcohol gebruiken in de eerste 24 uur. Het ondertekenen van wettige documenten of het nemen van belangrijke beslissingen wordt de eerste 24 uur ten stelligste afgeraden.

### Algemeen

- U verklaart akkoord te gaan met een eventuele verdere opname indien dit door onvoorziene omstandigheden nodig mocht blijken;
- U zal niet op eigen kracht naar huis gaan, maar zich laten begeleiden door een verantwoordelijke persoon alsook 24 uur onder rechtsteeks toezicht blijven van deze persoon;
- U verklaart akkoord te gaan dat een vertegenwoordiger van een medisch bedrijf, op aanvraag van de chirurg, de operatie kan bijwonen.

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

Handtekening: \_\_\_\_\_

### Betreffende toediening van bloedproducten

- U verklaart dat de behandelende arts vooraf de eventuele mogelijkheid van transfusie en de meerwaarde ervan toegelicht heeft en ook alternatieven werden besproken.
- U verklaart hierbij dat bloedproducten toegediend mogen worden indien dit noodzakelijk is.

**Ik ga WEL/NIET\* akkoord met toediening van bloedproducten**

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

Handtekening: \_\_\_\_\_

\* omcirkel wat van toepassing is