



## Anesthesie - Reanimatie

Dr. Verstraete - diensthoofd  
 Dr. Clarysse  
 Dr. Germonpré  
 Dr. Lebbinck  
 Dr. Maes  
 Dr. Vercruysse

## Preoperatieve vragenlijst

Patiëntenvignet

**Dit formulier behoort tot uw medisch dossier en is STRIKT VERTROUWELIJK. Het dient om toe te laten u de best mogelijk zorgen en anesthesie te verlenen AANGEPAST AAN UW PERSOONLIJKE TOESTAND. Wanneer de persoon zelf niet in staat is deze vragen schriftelijk te beantwoorden (bv. bejaarden, dementen, ...) wordt aan de wettige vertegenwoordiger gevraagd dit voor hen te doen.**

### 1 Algemeen

- Leeftijd: ..... jaar                      Gewicht: ..... kg                      Lengte: ..... cm
- Vertoonde u een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving?                      Ja/Neen  
 Zo ja, welke problemen?
- Bent u allergisch of overgevoelig?                      Ja/Neen  
 Zo ja, waarvan bent u allergisch of overgevoelig (aankruisen a.u.b)?  
 Antibiotica       Jodium       Kleefpleister       Latex/ rubber   
 Andere: .....
- Bent u reeds geopereerd geweest?                      Ja/Neen  
 Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer? .....
- Hebt u ooit bloed gekregen?                      Ja/Neen  
 Zo ja, waren er complicaties? .....
- Rookt u of hebt u ooit gerookt?                      Ja /Neen  
 Zo ja, hoeveel en hoelang? .....
- Drinkt of dronk u regelmatig alcohol?                      Ja/Neen  
 Zo ja, specificeer: .....

### 2 Hart- en vaataandoeningen

- Lijdt u aan een hartziekte of hebt u ooit hartproblemen gehad?                      Ja/Neen  
 Zo ja, specificeer: .....
- Lijdt u aan een te hoge bloeddruk?                      Ja/Neen
- Werd u ooit verteld dat u een hartklepafwijking / hartgeruis hebt?                      Ja/Neen
- Wordt u snel kort van adem bij een inspanning?                      Ja/Neen
- Hebt u vaak gezwollen enkels of voeten?                      Ja/Neen
- Lijdt u aan of hebt u ooit last van de volgende aandoeningen?                      Ja/Neen  
     - spataders in de benen                      Ja/Neen  
     - flebitis in de benen                      Ja/Neen

3 Mond, luchtwegen en longen

- Hebt u een vals gebit? Ja/Neen  
Zo ja, is het een los of vast gebit? (schrappen wat niet past)
- Hebt u loszittende tanden? Ja/Neen
- Hebt u een van volgende aandoeningen?
  - astma Ja/Neen
  - chronische bronchitis Ja/Neen
  - tuberculose Ja/Neen

4 Maag, darmen en lever

- Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een van de volgende aandoeningen:
  - een maagbreuk Ja/Neen
  - geelzucht Ja/Neen
  - een leveraandoening Ja/Neen
  - een maagzweer Ja/Neen
  - een maagbloeding Ja/Neen

5 Nieren

- Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een nieraandoening? Ja/Neen

6 Bloed

- Bloedt u abnormaal lang na vb een snijwonde, operatie, ... Ja/Neen

7 Stofwisseling

- Hebt u suikerziekte? Ja/Neen
- Hebt u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen? Ja/Neen
- Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van uw schildklier? Ja/Neen

8 Zenuwstelsel

- Lijdt u of hebt u ooit een van de volgende zenuwaandoeningen gehad?
  - epilepsie Ja/Neen
  - hersentrombose / hersenbloeding Ja/Neen
  - multiple sclerose Ja/Neen
  - migraine Ja/Neen
  - andere: specificeer .....

9 Rug en spieren

- Hebt u nu of vroeger last gehad van de rug? Ja/Neen
- Lijdt u of een familielid aan een spieraandoening? Ja/Neen

10 Verloskunde

- Bent u of zou u zwanger kunnen zijn? Ja/ Neen

11 Overige

- Bent u in behandeling voor een ziekte, niet vermeld in deze vragenlijst? Ja/ Neen  
Zo ja, specificeer .....
- Welke geneesmiddelen gebruikt u momenteel?

NAAM GENEESMIDDEL	HOEEVEELHEID	TIJDSTIP VAN INNAME

12 Wenst u nog iets te vermelden?

.....  
.....