



Sint Augustinuskliniek  
 Vzw – Kath. Gezondheidszorg  
 Westhoek  
 Ieperse Steenweg 100  
 8630 Veurne

# PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

NAAM:  
 GEBOORTEDATUM

(etiket)

## Dienst Anesthesie – Reanimatie

Huisarts: .....

- Dr R. Verstraete – diensthoofd
- Dr F. Debreuck
- Dr B. Lagrou
- Dr J. Germonpré
- Dr P. Maes
- Dr F. Clarysse

**Dit formulier behoort tot het medisch dossier en is STRIKT VERTROUWELIJK. Het dient om toe te laten het kind de best mogelijk zorgen en anesthesie te verlenen AANGEPAST AAN ZIJN / HAAR PERSOONLIJKE TOESTAND.**

### 1 Algemeen

Leeftijd: ..... jaar

Gewicht: .....kg

Lengte: ..... cm

- ❖ Vertoonde uw kind een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving? Ja/Neen  
 Zo ja, welke problemen? .....
- ❖ Is uw kind allergisch of overgevoelig? Ja/Neen  
 Zo ja, aan wat bent u allergisch of overgevoelig (aankruisen a.u.b)?  
 Antibiotica  Jodium  Kleefpleister  Latex/ rubber   
 Andere: .....
- ❖ Is uw kind reeds geopereerd geweest? Ja/Neen  
 Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer? .....
- ❖ Kreeg uw kind ooit bloed? Ja/Neen  
 Zo ja, waren er complicaties? .....

### 2 Hart- en vaataandoeningen

- ❖ Lijdt uw kind aan een hartziekte of heeft uw kind ooit hartproblemen gehad? Ja/Neen  
 Zo ja, specificeer: .....
- ❖ Werd u ooit verteld dat uw kind een hartklepafwijking / hartgeruis heeft? Ja/Neen

### 3 Mond, luchtwegen en longen

- ❖ Heeft uw kind loszittende tanden? Ja/Neen
- ❖ Heeft uw kind astma? Ja/Neen

### 4 Maag, darmen en lever

- ❖ Lijdt uw kind aan of heeft uw kind ooit last gehad van een van de volgende aandoeningen:
  - geelzucht Ja/Neen
  - een leveraandoening Ja/Neen

**5 Nieren**

❖ Lijdt uw kind aan of heeft uw kind ooit last gehad van een nieraandoening? Ja/Neen

**6 Bloed**

❖ Bloedt uw kind abnormaal lang na:  
- vb een snijwonde, een tand uittrekken, ... Ja/Neen

❖ Zijn er bloedstollingsstoornissen gekend in uw familie? Ja/Neen

**7 Stofwisseling**

❖ Heeft uw kind suikerziekte? Ja/Neen

❖ Volgt uw kind een dieet? Ja/Neen

**8 Zenuwstelsel**

❖ Lijdt uw kind of heeft uw kind ooit een van de volgende zenuwaandoeningen gehad?

- epilepsie Ja/Neen

- hersenbloeding Ja/Neen

- zenuwletsel Ja/Neen

- andere: specificeer .....

**9 Rug en spieren**

❖ Heeft uw kind nu of vroeger last gehad van de rug? Ja/Neen

❖ Lijdt uw kind of een familielid aan een spieraandoening? Ja/Neen

**10 Overige**

❖ Is uw kind in behandeling voor een ziekte, niet vermeld in deze vragenlijst?  
Zo ja, specificeer.....

❖ Neemt uw kind medicatie? Zo ja, welke?

NAAM GENEESMIDDEL	HOEVEELHEID	TIJDSTIP VAN INNAME

**11 Wenst u nog iets te vermelden?**

.....  
.....  
.....

**Toestemming tot anesthesie:**

Ik geef, als wettige vertegenwoordiger (vader, moeder of voogd), aan de geneesheren van de dienst anesthesie mijn toestemming om een anesthesie te verrichten of elke andere nodig geachte medische ingreep uit te voeren.

Opgemaakt te ..... datum.....

Naam: .....

Voornaam: .....

Handtekening: .....