

PRE OPERATIEVE VRAGENLIJST

ANESTHESIOLOGIE

Naam	<input type="text"/>	Voornaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Leeftijd	<input type="text"/> jaar
Adres	<input type="text"/>		
Emailadres	<input type="text"/>	Telefoonnr.	<input type="text"/>
Naam en telefoonnr. huisarts	<input type="text"/>		
Naam en telnr. moeder / vader / voogd (kind)	<input type="text"/>		
1. Gewicht	<input type="text"/> kg	Lengte	<input type="text"/> cm
		Bloedgroep	<input type="text"/>
		Bloekdruk	<input type="text"/> / <input type="text"/>
2. Bent u ergens overgevoelig (allergisch) voor - en hoe uit zich dat ?			
Latex / rubber / kleefpleisters	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Huisstofmijt, huisstof	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Verdovingsmiddelen bij tandarts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Planten, pollen, bomen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Ontsmettingsmiddelen / jodium	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Medicatie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Voedsel	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Andere	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
3. Drinkt u meer dan drie glazen alcoholhoudende dranken per dag ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hoeveel ?	<input type="text"/>		
4. Rookt u ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hoeveel ?	<input type="text"/>		
5. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke en hoeveel ?	<input type="text"/>		
6. Gebruikt u medicijnen ? (ook de pil, slaapmiddelen, pijnstillers en alternatieve med.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Naam medicijn	Dosering (mg) en aantal per dag		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7. Bent u ooit eerder geopereerd ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarvoor ?	Wanneer en waar ?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Hebben zich tijdens de verdoving/narcose problemen of complicaties voor gedaan ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke ?	<input type="text"/>		

8. Heeft u een krampende pijn op de borst bij inspanning? ja Nee
 Zo ja, hoe vaak? _____
- Heeft u ooit hartkloppingen of een onregelmatige hartslag? ja Nee
 Zo ja, hoe vaak/wanneer? _____
- Bent u onder behandeling bij een arts wegens hoge bloeddruk? ja Nee
- Heeft u 's avonds dikke voeten of enkels? ja Nee
- Kost het u moeite een verdiepingstrap in één keer op te lopen? ja Nee
- Heeft u het benauwd als u helemaal plat ligt? ja Nee
9. Heeft u last van chronisch hoesten? ja Nee
- Lijdt u aan astma en/of bronchitis? ja Nee
- Bent u onder behandeling of wordt u gecontroleerd voor tuberculose? ja Nee
10. Bent u vaak duizelig? ja Nee
- Heeft u ooit een beroerte en/of halfzijdige verlamming doorgemaakt? ja Nee
11. Lijdt u aan: Flauwtes/wegrakingen? ja Nee
 Epilepsie? ja Nee
 Spierziekte? ja Nee
 Zo ja, welke? _____
12. Lijst u aan diabetes mellitus (suikerziekte)? ja Nee
 Zo ja, hoe wordt dit behandeld? _____
13. Heeft u de afgelopen week pijnstillers en/of aspirine gebruikt? ja Nee
 Zo ja, welke en hoeveel? _____
- Bloedt u lang na bij verwondingen of kiezen trekken? ja Nee
- Krijgt u na stoten of vallen snel blauwe plekken? ja Nee
- Heeft u ooit een trombose been of een bloedprop in de longen gehad? ja Nee
- Staat u onder controle van de trombosediens? ja Nee
14. Wordt u behandeld of gecontroleerd voor een schildklier-aandoening? ja Nee
- Heeft u maagklachten of zuurbranden? ja Nee
- Heeft u in de afgelopen vijf jaar geelzucht gehad? ja Nee
- Lijdt u aan een nierziekte? ja Nee
- Heeft u gewrichtspijn of reumatische klachten? ja Nee
- Bent u bekend met ademhalingsproblemen tijdens uw slaap? ja Nee
15. Bent u zwanger? ja Nee
 Zo ja, hoeveel weken? _____
16. Kost het u moeite uw hoofd ver naar achteren te buigen? ja Nee
- Kost het u moeite uw mond wijd open te doen? ja Nee
- Heeft u loszittende tanden of kiezen? ja Nee
- Heeft u stiftanden, plaatje of kunstgebit? ja Nee
- Draagt u contactlenzen? ja Nee
- Draagt u een piercing? ja Nee
17. Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad? ja Nee
 Zo ja, wanneer? _____
- Zijn daar problemen bij voorgevallen? ja Nee
 Zo ja, welke? _____

18. Bent u wel eens behandeld door een specialist ? ja Nee
 Zo ja, wat voor specialist en welke aandoening ?

19. Behoort u tot een der risicogroepen voor wat betreft aids of Hepatitis B ? ja Nee

20. Heeft u, behalve de aandoening waarvoor u komt, nog andere lichamelijke klachten ? ja Nee
 Zo ja, welke?

Zijn er nog andere bijzonderheden aangaande uw gezondheid/leefgewoonte die voor de anesthesioloog van belang kunnen zijn? ja Nee
 Zo ja, welke?

Heeft u bezwaar, alleen in geval van uiterste noodzaak, tegen bloedtransfusie of het gebruik van bloedproducten bij uw behandeling ? ja Nee

21. Bent u het afgelopen half jaar in het buitenland geweest ? ja Nee
 Zo ja, waar ? _____

Bent u de afgelopen twee maanden opgenomen/behandeld geweest in het buitenland ? ja Nee
 Zo ja, waarvoor, welke instelling en in welk land ?

Bent u de afgelopen twee maanden opgenomen/behandeld geweest in een zorginstelling met MRSA (ziekenhuisbacterie) problematiek ? ja Nee

Werkt u, of woont u op een bedrijf met levende varkens, vleeskalveren en/of vleeskuikens ? ja Nee
 Zo ja, bent u in de afgelopen drie maanden reeds negatief op MRSA getest ? ja Nee

Heeft u een partner, huisgenoot of iemand die u de afgelopen twee maanden heeft verzorgd, die MRSA positief is? ja Nee

Bent u drager van MRSA of van een andere resistente bacterie ? ja Nee

22. Wordt u op de dag van de hehandeling door iemand opgehaald ? ja Nee
 Is er iemand thuis die u na de behandeling kan opvangen ? ja Nee

23. Bent u op de hoogte van en akkoord met de aard en doel van de behandeling en de anesthesie ? ja Nee

24. Gegevens eerste contactpersoon, bij voorkeur de persoon die mee komt naar de praktijk

Naam	<input type="text"/>	Voornaam	<input type="text"/>
Relatie tot patient	<input type="text"/>	Telefoonnr	<input type="text"/>

25. Toelichting / vragen

