

Deze preoperatieve vragenlijst is opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande chirurgische ingreep, onderzoek of behandeling te beoordelen en maakt deel uit van het preoperatief onderzoek. Deze informatie wordt vertrouwelijk behandeld. Na het invullen van deze lijst volgt er een gesprek en een lichamenlijk onderzoek.

1. Persoonsgegevens:

Contactpersoon:

Telefoon:

Externe sticker

2. Operatiegegevens: (in te vullen door poli medewerkers)

Datum preoperatief onderzoek:

Geplande verrichting:

3. **Bent u recent - korter dan 6 maanden - op de poli anesthesie van het azM geweest?**

Ja Nee

Zo **NEE** Vul vragenlijst verder in vanaf vraag 4.

Zo **JA** Is er in uw **gezondheidstoestand** sinds uw laatste bezoek, gesprek nog iets **veranderd?**

- NEE** U kunt nu stoppen met het invullen van de vragenlijst en afsluiten met de datum in te vullen en uw handtekening te zetten op pagina 4. Lever deze lijst in op de poli anesthesiologie en informeer of nog verder onderzoek of een gesprek nodig is.
- JA** Geef kort aan wat er veranderd is en ga verder met vragenlijst bij vraag 4.

Risicofactoren(Allergie)

4. Bent u allergisch/overgevoelig voor: JA NEE
- a. Pleisters JA NEE
- b. Jodium JA NEE
- c. Latex/ rubberproducten JA NEE
- d. Bepaalde medicijnen. JA NEE
Zo JA, welke
- e. Overigen JA NEE
Zo JA, welke
-

Intoxicaties

5. a. Rookt u? Zo JA, hoeveel: /dag, gedurende jaar JA NEE
b. Bent u gestopt? Zo JA, gedurende jaar, en rookte toen /dag JA NEE
6. Drinkt u alcohol? Zo JA, glazen/dag of glazen/week JA NEE
7. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? JA NEE
Zo JA welke? Hoe vaak?
-

Voorgeschiedenis

8. Heeft u de afgelopen 3 maanden een operatie of een ziekenhuisopname ondergaan? Zo JA, wanneer en welke JA NEE
9. Bent u de afgelopen 6 maanden langer dan 24 uur opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling? JA NEE
Zo JA, WAAR:
En wanneer:
10. Bent u MRSA positief geweest in het verleden? JA NEE
Zo JA, wanneer
11. a. Heeft u eerdere operaties/ ziekenhuisopnames ondergaan? JA NEE
-

Waar

Wanneer

Waar

-
- b. Waren er complicaties/ problemen bij eerdere anesthesie/ narcose bij uzelf of bij familieleden? JA NEE
Zo JA, welke

12. Wordt u op dit moment nog door een andere specialisme behandeld?

WIE	Specialisme	Waarvoor	Laatste controle	Volgende controle

13. Als u na de operatie naar huis gaat, is er dan iemand die de eerste avond en nacht bij u is en begeleidt? JA NEE
14. Heeft u last van claustrofobie(engtevrees)? JA NEE
15. heeft u de patiëntenvoorlichtingsfolder ontvangen? JA NEE
-

Circulatorius

16. Heeft u wel eens een pijn, drukkend of beklemd gevoel op de borst? JA NEE
17. Bent u **SNEL** kortademig bij **normale inspanning**? JA NEE
18. Bent u kortademig als u plat in bed ligt? JA NEE
19. Is er ooit een hartziekte bij u geconstateerd? JA NEE
20. Is er ooit bij u een hartgeruis gehoord? JA NEE
21. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? JA NEE
22. Heeft u wel eens iets aan de bloedvaten gehad? (m.u.v. spataderen) JA NEE
-

Respiratorius

23. Heeft u longklachten(astma, bronchitis of longemfyseem) JA NEE
24. Heeft u last van luid snurken? JA NEE
25. Wordt u 's nachts frequent wakker? JA NEE
26. Heeft u overdag overmatig last van slaperigheid of moeheid? JA NEE
27. Heeft bij u al eens iemand opgemerkt, dat u 's nachts stopt met ademen? JA NEE
-

Digestivus

28. Heeft u maagklachten of een maagzweer(gehad)? JA NEE
29. Heeft u last van een zure smaak in de mond of een brandend gevoel in de borst als u gaat liggen? JA NEE
30. Heeft u hepatitis, geelzucht of een leverziekte(gehad)? JA NEE
-

Urogenitalis

31. Bent u (mogelijk) zwanger? JA NEE
Zo JA, Weken
32. Zijn er WELEENS problemen geweest met de **WERKING van uw nieren**? JA NEE

Haematologisch

33. Heeft u WELEENS lang nagebloed, bijvoorbeeld na het trekken van tanden/ kiezen of na een operatie of na de bevalling? JA NEE
34. Heeft u last van:
- spontane tandvlesbloedingen? JA NEE
 - spontane grote blauwe plekken? JA NEE
 - Spontane neusbloedingen JA NEE
 - Nabloeden bij kleine wondjes (b.v. na het scheren) JA NEE
35. Gebruikt u medicatie op recept van een arts(zoals aspirine, ibuprofen, naproxen, diclofenac/voltaren of anders)? JA NEE
36. Gebruikt u medicatie van de drogist zoals (homeopathische) aspirine, ibuprofen, naproxen, diclofenac/voltaren of anders)? JA NEE
37. Heeft u hemofilie, de ziekte Von Willebrand of andere bloedstollingziekte?
Zo JA, welke JA NEE
38. Zijn er bij familieleden problemen met de bloedstolling?(Anders dan door het gebruik van bloedverdunnende medicatie) JA NEE
39. Gaat u akkoord met het ontvangen van bloed(producten), indien dit medisch gezien noodzakelijk is? JA NEE
40. Heeft u ooit eerder een bloedtransfusie gehad? JA NEE
41. Heeft u een bloedgroepkaartje? JA NEE
-

Endocrinologie

42. Heeft u een aandoening van de schildklier? JA NEE
43. Heeft u suikerziekte? Tabletten Insuline JA NEE
-

Locomotorius

44. Heeft u last van een stijve nek of moeite om uw hoofd te bewegen? JA NEE
45. Kunt u gedurende 30 minuten stilliggen op uw rug zonder te bewegen? JA NEE
46. Heeft u problemen met de werking van uw spieren? JA NEE
-

Neurologisch

47. Heeft u WELEENS een hersenbloeding of beroerte gehad? JA NEE
48. Bent u WELEENS verlamd geweest? JA NEE
49. Heeft u epilepsie(vallende ziekte)? JA NEE
50. Komt er in uw familie een spierziekte voor? JA NEE
Zo JA welke
51. Heeft u WELEENS een zenuwbeschadiging gehad m.a.g. krachtverlies of gevoelsstoornissen? JA NEE

Dermatologisch

52. Heeft u last van :

- a. Jeuk JA NEE
- b. Rode huidsuitslag JA NEE
-

Orofarynx

53. Heeft u problemen met het openen van uw mond? JA NEE
54. Heeft u losstaande tanden, kronen, beugel of gebitsprothese JA NEE
-

55. Medicijngebruik(Neem uw medicijnen of medicijnpaspoort mee)

Naam medicijn

Dosis

Tijdstip

Naam medicijn	Dosis	Tijdstip
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

56. Gebruikt u bloedverdunnende medicatie? JA NEE

Zo JA, kruis dan aan welke:

- Ascal(acetylsalicylzuur) Plavix
- Acenocoumarol(sintrom) Fenprocoumon(marcoumar)

Andere:

Bloedcontrole waar?

Algemeen

57. Lengte: cm

Gewicht: kg

Algemene indruk

58. Inspanningstest (= MET – score)

1. Kunt u voor uzelf zorgen? JA NEE
2. Zelfstandig eten, kleden en naar toilet? JA NEE
3. Loopt u zelfstandig binnenshuis rond? JA NEE
4. Kunt u buiten een paar blokjes rondlopen? JA NEE
5. Kunt u licht huishoudelijk werk doen? (b.v. stoffen, afwassen) JA NEE

-
- | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| 6. Kunt u een trap of een heuvel oplopen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 7. Kunt u stevig doorwandelen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 8. Kunt u een korte afstand hardlopen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 9. Kunt u zwaar huishoudelijk werk doen zoals vloeren schrobben en meubels versjouwten? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 10. Doet u nog wat aan recreatieve bezigheden: golf, fietsen, dansen, tennis dubbelspel, bowlen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 11. Doet u nog aan inspannende sporten: zwemmen, tennis enkelspel, wielrennen, skiën, voetbal? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
-

Kunsthulpmiddelen

Heeft U:

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 59. Contactlenzen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 60. Bril | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 61. Kunstnagels? Zo JA, verwijder deze thuis, voor de operatie. | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 62. Piercings? Zo JA, verwijder deze thuis, voor de operatie. | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 63. Hoorapparaat? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 64. Prothese | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 65. Zijn er nog bijzonderheden te vermelden? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |

Zo JA welke:

.....

U mag na ondertekening de ingevulde vragenlijst(vraag 1 t/m 65) afgeven aan de balie van de poli anesthesiologie, alwaar u een afspraak(evt. telefonisch) krijgt ten behoeve van een gesprek en eventueel onderzoek.

Handtekening patiënt:

Datum:

.....

Decursus

A series of horizontal dotted lines for writing.

