

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

- In te vullen door de patiënt -

Beste patiënt,

Binnenkort ondergaat u een ingreep in Medische praktijk De Sterre.

Om alles vlot & veilig te laten verlopen, kan u deze vragenlijst op voorhand invullen.

Gelieve deze vragenlijst zo correct mogelijk in te vullen. Vraag hiervoor gerust hulp aan de thuisverpleegkundige of aan uw huisarts.

Dank voor uw medewerking.

PATIËNTGEGEVENS

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum (DD/MM/JJJJ):

Telefoonnummer:

Contactpersoon:

Telefoonnummer contactpersoon:

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

1. Werd u vroeger al geopereerd onder lokale of volledige verdoving?

- Ja
- Nee

Zo ja, in welk jaar en voor welke behandeling/ aandoening?

.../.../..... :

.../.../..... :

.../.../..... :

.../.../..... :

2. Werd u vroeger voor ziektes of medische aandoeningen door uw huisarts behandeld of opgenomen in het ziekenhuis?

- Ja
- Nee

Zo ja, in welk jaar en voor welke behandeling/ aandoening?

.../.../..... :

.../.../..... :

.../.../..... :

3. Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk welke reactie het betrof.

.....

4. Bent u allergisch aan producten (vb. latex), medicatie (vb. penicilline), voedingsmiddelen (vb. kiwi) of andere?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk aan welke stoffen en welke reactie het betrof.

.....

5. Enkel voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger?

- Ja
- Nee

6. Rookt u?

- Ja
- Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten?/dag. Hoelang? jaar.

7. Drinkt u alcohol?

- Ja
- Nee

Zo ja, hoeveel glazen?/dag of/week

8. Bent u in behandeling voor suikerziekte?

- Ja
- Nee

9. Heeft u hartproblemen? (vb. hartritmestoornis, te hoge of te lage bloeddruk, gezwollen voeten, ...)

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

10. Bent u vlug kortademig bij inspanning?

- Ja
- Nee

11. Bent u kortademig in rust?

- Ja
- Nee

12. Heeft u een pacemaker, inwendige defibrillator, neurostimulator of pomp?

- Ja
- Nee

13. Heeft u ademhalingsstoornissen? (vb. asthma, chronische bronchitis, ...)

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

14. Heeft u vroeger reeds flebitis gehad?

- Ja
- Nee

15. Heeft u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

16. Heeft u leverproblemen (vb. hepatitis) of heeft u ooit leverproblemen gehad?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

17. Heeft u nierproblemen of heeft u vroeger nierproblemen gehad?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

18. Heeft u ooit een maagzweer gehad?

- Ja
- Nee

19. Bent u HIV-positief?

- Ja
- Nee

20. Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat?

- Ja
- Nee

Zo ja, omschrijf zo duidelijk mogelijk:

.....

THUISMEDICATIE

• Naam geneesmiddel	Dosis (in mg of g)	Aantal/dag	Uren
•			
•			
•			
•			

-
-
-
-
-