

Preoperatieve vragenlijst voor kinderen

In te vullen door de ouder(s)/wettelijke vertegenwoordiger of de huisarts.

Gelieve deze lijst zo correct mogelijk in te vullen en in te leveren bij het preoperatieve circuit. Dit uiterlijk 3 dagen voor de datum van de geplande ingreep.

Plaats hier de patiëntensticker
of gegevens van de patiënt

Geboortedatum: ----- (ex)-prematuur: ja 0 neen 0
Lengte: ----- cm Gewicht: ----- kg

Geplande ingreep: -----
Rechts: ----- links: -----
Chirurg: -----

* Is uw kind allergisch voor latex (bv ballonnen, rubber, enz.)? ja 0 neen 0

* Werd uw kind eerder geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving?
Zo ja, welke ingreep en in welk jaar?

* Had een familielid ooit problemen met verdoving? ja 0 neen 0

* Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Heeft uw kind bij een vorige verdoving op een ongewone manier gereageerd? ja 0 neen 0

Zo ja , omschrijf duidelijk de reactie: -----

* Heeft uw kind een hartziekte? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Is uw kind vlug kortademig? ja 0 neen 0

* Heeft uw kind astma of chronische bronchitis? ja 0 neen 0

Zo ja , omschrijf nauwkeurig:-----

* Is uw kind in behandeling voor suikerziekte? ja 0 neen 0

Zo ja, gelieve de medicatie in te vullen:-----

* Is uw kind in behandeling voor een zenuwziekte? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Is uw kind in behandeling voor een oogziekte? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Heeft uw kind onlangs (laatste maand) griep gehad? ja 0 neen 0

* Is uw kind onlangs verkouden geweest? ja 0 neen 0

* Lijdt uw kind aan een andere ziekte? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Blijft uw kind na een verwonding of tandextractie lang bloeden? ja 0 neen 0

* Heeft uw kind losstaande tanden? ja 0 neen 0

* Draagt uw kind contactlenzen? ja 0 neen 0

* Draagt uw kind een hoorapparaat? ja 0 neen 0

* Heeft uw kind problemen met het openen van de mond? ja 0 neen 0

* Heeft uw kind problemen met het hoofd te bewegen? ja 0 neen 0

* Zijn er medicijnen die uw kind niet verdraagt, waar het allergisch op reageert? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----

* Is uw kind allergisch voor vruchten/groenten zoals banaan, kiwi, avocado, tropische vruchten, tomaten? ja 0 neen 0



* Wat is de thuismedicatie (inclusief inhalator of kleefpleister) van uw kind?-----

* Heeft u of uw kind een bepaalde geloofsovertuiging? ja 0 neen 0

 Zo ja, welke?-----

* Wenst u de anesthesist te spreken voor de operatie? ja 0 neen 0
 Zo ja, dan kan u hiervoor een afspraak maken via volgend tel nr: 03 650 51 10

Indien u nog bijkomende opmerkingen wenst te maken , kan u dit hieronder noteren:-----

* Indien uw kind de dag van opname geopereerd wordt, dan moet hij/zij **nuchter** zijn!

Dit wil zeggen:

- water, helder appelsap mag tot 2 uur voor de ingreep
- borstvoeding mag tot 4 uur voor de ingreep
- geen vaste voeding inclusief flesvoeding vanaf 6 uur voor de ingreep

Deze lijst werd ingevuld door:

0 de vader 0 de moeder 0 de voogd 0 de huisarts
m.b.v.
0 de behandelend chirurg/arts
0 de verpleegkundige