



## Preoperatieve vragenlijst voor volwassenen

*( zelf in te vullen of met hulp van preoperatief circuit of huisarts )*

Plaats hier de patiëntensticker of gegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum, adres)

Beroep:-----

Tel nr. of GSM nr.:-----

Naam verwante:-----

Tel nr. of GSM nr. verwante:-----

### Gegevens opname

Huisarts:-----

Chirurg:-----

Datum opname:-----      0 dagopname      0 hospitalisatie

Datum preoperatief onderzoek:-----

Naam & handtekening anesthesist of huisarts die onderzoek deed:-----

-----

Voor info, afspraak en/of advies:

Preoperatief circuit 03 650 51 10



Drugs: welke en hoeveel?-----  
-----

## Verdoving/anesthesie

Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? ja 0    neen 0

Zo ja, omschrijf duidelijk welke reactie en bij welke ingreep:-----  
-----  
-----

Had een familielid ooit problemen met verdoving/anesthesie? ja 0    neen 0

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

## Enkel voor vrouwen

Bent u (mogelijk) zwanger? ja 0    neen 0

Geeft u borstvoeding? ja 0    neen 0

## Toestand hart

Heeft u hartproblemen? ja 0    neen 0

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

Bent u ooit geopereerd aan uw hart of hebt u stents? ja 0    neen 0

Krijgt u bij inspanning of stress pijn op de borstkas? ja 0    neen 0

Heeft u soms last van gezwollen voeten of benen? ja 0    neen 0

Heeft u last van een hoge bloeddruk? ja 0    neen 0

Zo ja, is deze goed onder controle? ja 0    neen 0

Heeft u last van hartritmestoornissen? ja 0    neen 0

Heeft u een pacemaker/defibrillator? ja 0    neen 0



## Toestand longen

Bent u vlug kortademig bij inspanning?	ja 0	neen 0
Bent u kort van adem in rust?	ja 0	neen 0
Hebt u astma/chronische bronchitis/emfyseem?	ja 0	neen 0
Hebt u ooit een longoperatie ondergaan?	ja 0	neen 0
Zo ja, heeft u daar nog hinder van?	ja 0	neen 0
Gebruikt u een inhalator (puffer)?	ja 0	neen 0
Zo ja, is uw toestand stabiel daarmee?	ja 0	neen 0
Stokt uw ademhaling tijdens het slapen? Apneu?	ja 0	neen 0
Zo ja, gebruikt u een CPAP toestel?	ja 0	neen 0

## Algemene toestand

Hebt u ooit flebitis of longembolie gehad?	ja 0	neen 0
Heeft u problemen met bloedstolling?	ja 0	neen 0
Blijft u na een verwonding/tandextractie lang nabloeden?	ja 0	neen 0
Heeft u ooit bloed of bloedproducten toegediend gekregen?	ja 0	neen 0

Heeft u toen tijdens de toediening een reactie gehad? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf:-----  
-----  
-----

Geeft u toestemming om bloedproducten toe te dienen indien nodig?

ja 0 neen 0

Heeft u nierproblemen of ooit nierproblemen gehad? ja 0 neen 0

Zo ja, omschrijf:-----  
-----



Heeft u ooit leverproblemen bijv. hepatitis gehad? ja 0 neen 0  
Zo ja, omschrijf:-----  
-----  
-----

Heeft u ooit een maagzweer of maaglast gehad? Reflux? ja 0 neen 0  
Zo ja omschrijf:-----

Heeft u suikerziekte? ja 0 neen 0

Bent u Hiv-positief? (seropositief) ja 0 neen 0

Heeft u een spierziekte? ja 0 neen 0  
Zo ja, omschrijf nauwkeurig:-----  
-----  
-----

Heeft u een neurologische ziekte? (verlamming, Parkinson, ...) ja 0 neen 0  
Zo ja, omschrijf nauwkeurig en de eventuele behandeling:-----  
-----  
-----

Heeft u reuma of artritis? ja 0 neen 0  
Heeft u de ziekte van Bechterew? ja 0 neen 0

Gebruikt u cortisone of kreeg u dit de laatste 6 maanden? ja 0 neen 0

Wat is uw lichaamsgewicht? ----- kg

Wat is uw lengte? ----- cm

Heeft u een tandprothese? Zo ja, waar?-----

Heeft u tandimplantaten? Zitten ze vast?-----

Heeft u loszittende tanden? Zo ja, waar?-----

Heeft u problemen met het openen van de mond? ja 0 neen 0

Heeft u problemen met het bewegen van uw nek? ja 0 neen 0

Heeft u geïmplanteerd materiaal? Bijv.  
prothesen ja 0 neen 0  
osteosynthesemateriaal ja 0 neen 0  
pacemaker ja 0 neen 0  
interne defibrillator ja 0 neen 0



Draagt u contactlenzen?	ja 0	neen 0
Draagt u een hoorapparaat?	ja 0	neen 0

### Huidige medicatie

Naam, dosis en tijdstip van inname vermelden!  
Inclusief puffers, oogdruppels, voedingssupplementen, ...

- 1) -----
- 2) -----
- 3) -----
- 4) -----
- 5) -----
- 6) -----
- 7) -----
- 8) -----
- 9) -----
- 10) -----

### Huidige gezondheidstoestand

Heeft u de laatste maand griep gehad?	ja 0	neen 0
Bent u onlangs verkouden geweest?	ja 0	neen 0

Heeft u nog bijkomende opmerkingen of vragen?-----  
-----  
-----



## Psychosociale vragenlijst

**Woonsituatie:**      0 thuis            0 rusthuis      0 andere:-----

Heeft u thuishulp nodig?            0 neen            0 ja, welke:-----

**Voertaal:**            0 Nederlands 0 Frans            0 Engels            0 andere:-----

### Heeft u reeds hulpmateriaal?

0 rollator

0 personenalarm:

0 andere      -----

**Heeft u wondverzorging?**            0 zo ja, welke:-----  
0 neen

### Risico op delier

- bent u in het verleden ooit een periode verward geweest?      ja 0      neen 0
- heeft u diabetes, schildklierlijden?      ja 0      neen 0
- cognitieve stoornis?(CVA, dementie, Parkinson, hersentumor)      ja 0      neen 0
- bent u hardhorend?      ja 0      neen 0
- bent u slechtziend?      ja 0      neen 0

### Valpreventie

- bent u de afgelopen 6 maanden gevallen?      ja 0      neen 0
- wordt u nu opgenomen wegens valincident?      ja 0      neen 0

**Godsdienst**    0 ik ben gelovig en/of volg een specifieke levensovertuiging:-----  
-----  
-----  
0 ik ben niet gelovig of wens dit niet te melden

**Neemt u deel aan een patiëntenstudie?**            neen 0      zo ja, welke:-----  
-----  
-----

**Dit formulier werd ingevuld op** -----/-----/----- (d/m/j)

**Door:** patiënt 0      familie 0      andere 0

**Naam + handtekening:**