

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST VOLWASSENEN
(door de patiënt in te vullen en samen met de huisarts te overlopen)

Naam en voornaam :

Adres :

Geplande ingreep / behandeling en zijde :

Datum :

1. Voor welke operatie wordt u nu opgenomen ?

Indien van toepassing : gebeurt de operatie links of rechts ?

2. Heeft u reeds een anesthesie (verdooving) gehad ? ja neen

Zo ja, voor welke ingreep en wanneer ?

Welke soort verdooving ? algemene gedeeltelijke plaatselijke

Deden zich problemen voor tijdens de verdooving of na operatie met de ademhaling ? ja neen

braken ? ja neen

bloedverlies ? ja neen

hartritmestoornissen ? ja neen

andere ? ja neen

3. Waren er in de familie ernstige moeilijkheden bij een verdooving ? ja neen

Zo ja, welke ?

4. Had u reeds een bloedtransfusie ? ja neen

Zo ja, deden er zich moeilijkheden voor ?

5. Was u slachtoffer van een ernstig ongeval ? ja neen

Zo ja, beschrijf :

6. Rookt u ? ja neen Zo ja, hoeveel per dag ? sigaretten sigaren pijpen

7. Gebruikt u regelmatig alcohol ? ja neen

Soort(en) ?

Hoeveel per dag of per week ?

8. Gebruikt u " drugs " (verslavingsmiddelen) ? ja neen

Zo ja, welke ?

Hoe frequent ?

9. Neemt u kalmeermiddelen of slaapmiddelen ? ja neen

Zo ja, welke en hoeveel ?

10. Neemt u pijnstillers ? ja neen

Zo ja, welke en hoeveel ?

11. Bent u overgevoelig aan : kleefpleisters ja neen
rubber of latex ja neen
metaal ja neen
andere stoffen :

12. Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen en / of ontsmettingsstoffen ? ja neen

Welke ?

13. Bloedt u lang (bijvoorbeeld na het trekken van een tand ?) ja neen

14. Vertoont u gemakkelijk blauwe vlekken ? ja neen

15. Neemt u bloedverduunners of aspirines ? ja neen

Zo ja, welke ?

16. Lijdt of leed u aan één van de volgende ziekten en in welke periode ?

- hartziekte (aanwezigheid pacemaker) ja neen
- hoge bloeddruk ja neen
- longziekte ja neen
- nierziekte ja neen
- maag- of darmziekte ja neen
- spier- en gewrichtsziekte ja neen
- maligne hyperthermie ja neen
- epilepsie (" vallende ziekte ") ja neen
- diabetes (suikerziekte) ja neen
- schildklierziekte ja neen
- huidziekte ja neen
- zenuwaandoening ja neen
- depressie ja neen
- ruggemergletsel ja neen
- infecties ja neen
- oogziekte (bijvoorbeeld glaucoom) ja neen
- spataders (flebitis) ja neen
- gezwollen enkels en voeten ja neen

17. Draagt u valse tanden, een brug, een kroon, ? ja neen

contactlenzen ? ja neen

een hoorapparaat ? ja neen

een piercing(s) : ? ja neen

18. Doet u aan sport ? ja neen

19. Vertoont u klachten (bijvoorbeeld pijn in de borstkas) bij inspanningen ? ja neen

20. Voelt u zich ziek (bijvoorbeeld verkouden) ? ja neen

21. Zijn er zieken in uw omgeving (bijvoorbeeld geelzucht) ? ja neen

22. Welke geneesmiddelen neemt of nam u de laatste week ?

.....
.....
.....
.....
.....

23. Nam u de laatste zes maanden cortisone (spuiten of pillen) ? ja neen

24. Wat is uw bloedgroep ? Rhesus positief negatief

25. Enkel voor vrouwelijke patiënten :

Aantal zwangerschappen, bevallingen, miskramen :

Datum laatste maandstonden :

Gebruikt u de anticonceptiepil ? ja neen

Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent ? ja neen

26. Wenst u nog iets anders te vermelden ? ja neen

.....
.....
.....

27. Heeft u nog vragen ? ja neen

.....
.....
.....

Datum :

Handtekening :

(PV VOLW)

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST



H. Dunantlaan 5
B-9000 Gent
geert.vandriessche@janpalfijngent.be
www.orthopedie-janpalfijn.be
www.janpalfijn.be
POLI Orthopedie 09 / 224 85 80
POLI Orthopedie 09 / 224 85 66
SPOEDOPNAME 09 / 224 89 67