

**AZ MONICA**

**DIENST ANESTHESIE**

**CAMPUS ANTWERPEN**

**CAMPUS DEURNE**

**PREOPERATIEF DOSSIER KINDEREN**

**PREOPERATIEVE VRAGENLIJST**

Deze vragenlijst werd opgesteld om de gezondheidstoestand van uw kind voor de geplande heelkundige ingreep, het onderzoek of de behandeling te kennen. Ze maakt deel uit van het preoperatief onderzoek en is strikt vertrouwelijk. Hij is van essentieel belang voor het inschatten van het operatief risico en het aanpassen van de anesthesietechniek aan de gezondheidstoestand van uw kind. Vaak volstaat een degelijk ingevulde preoperatieve vragenlijst als enig preoperatief document maar in sommige gevallen moet deze vragenlijst aangevuld worden met bijkomende (bloed)-tests, technische onderzoeken of recente deskundige rapporten. Deze vragenlijst kan u eigenhandig of met behulp van uw huis- of kinderarts invullen.

Via dit formulier geeft u door handtekening ook toestemming tot anesthesie.

**Naam:** ..... **Voornaam:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Leeftijd:** ..... jaar **Gewicht:** ..... kg **Lengte:** ..... cm

**1. Operatie, onderzoek of behandeling waarvoor uw kind wordt opgenomen:**

Geplande ingreep: ..... LINKS RECHTS\*

Datum geplande ingreep: .....

Chirurg: .....

Opname via dagziekenhuis? ..... JA NEEN\*

Zo geen dagziekenhuis: opname de avond voordien/ ochtend van de ingreep\* .....

**2. Is uw kind allergisch of overgevoelig aan:**

Zo ja, welke reactie?

Planten, pollen, bomen: ..... JA NEEN\* .....

Huisstofmijt, huisstof: ..... JA NEEN\* .....

Antibiotica: ..... JA NEEN\* Welke? .....

Andere medicatie: ..... JA NEEN\* Welke? .....

Verdovingsstoffen (tandarts): ..... JA NEEN\* Welke? .....

Ontsmettingsmiddelen: ..... JA NEEN\* Welke? .....

Kleefpleister: ..... JA NEEN\* .....

Rubber, latex: ..... JA NEEN\* .....

Contraststoffen: ..... JA NEEN\* .....

Voedsel: ..... JA NEEN\* Welke? .....

Andere: ..... JA NEEN\* Welke? .....

**3. Algemene gezondheidstoestand.**

Is uw kind al ernstig ziek geweest? ..... JA NEEN\*

Zo ja, welke ziekte? .....

\*Omcirkel wat van toepassing is

Is uw kind gedurende de laatste 6 weken nog ziek geweest? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke ziekte en behandeling? .....		
.....		
Heeft uw kind onlangs een vaccinatie gehad? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke en wanneer? .....		
Is uw kind prematuur geboren? (zwangerschap < 37 weken) .....	JA	NEEN*
Staat uw kind op een dieet? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welk? .....		
Heeft uw kind last van reisziekte? .....	JA	NEEN*

<b>4. Heeft uw kind:</b>		
Losstaande tanden? .....	JA	NEEN*
Contactlenzen? .....	JA	NEEN*
Piercings? .....	JA	NEEN*
Hoorapparaat? .....	JA	NEEN*

<b>5. Gewoontes.</b>					
Rookt uw kind? .....	JA	NEEN*	Zo ja, hoeveel? .....	/dag	
Gebruikt uw kind alcohol? .....	JA	NEEN*	Zo ja, .....	glazen/dag .....	glazen/week
Andere genotsmiddelen? .....	JA	NEEN*			
Zo ja, welke? .....			Hoeveel? .....	dag/week	

<b>6. Werd uw kind vroeger reeds geopereerd?</b> .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke operatie, wanneer en in welk ziekenhuis? .....		
.....		
.....		
.....		
Waren er toen problemen met de anesthesie? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
.....		
.....		

<b>7. Familiaal.</b>		
Zijn er bij bloedverwanten van uw kind aangeboren aandoeningen, erfelijke afwijkingen of ziektes? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Zijn er in de familie ooit ernstige moeilijkheden geweest bij een verdoving? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
.....		

<b>8. Aandoeningen</b>		
Is uw kind in behandeling (geweest) voor een longziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Heeft uw kind astma of hooikoorts? .....	JA	NEEN*
Is uw kind in behandeling (geweest) voor een hart- of vaatziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Heeft uw kind een hartgeruis? .....	JA	NEEN*
Heeft uw kind soms blauwe lippen? .....	JA	NEEN*
Zo ja, leg uit: .....		
Is uw kind kortademig wanneer het speelt, fietst of loopt? .....	JA	NEEN*
Zo ja, leg uit: .....		
Heeft uw kind ooit het bewustzijn verloren? .....	JA	NEEN*

\*Omcirkel wat van toepassing is

Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte? .....	JA	NEEN*
Heeft uw kind een spierziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Is uw kind in behandeling (geweest) voor artritis of reuma? .....	JA	NEEN*
Is de mondopening voldoende groot? .....	JA	NEEN*
<i>Kan uw kind 2 vingers boven elkaar tussen de tandenrijen plaatsen?</i>		
Kan uw kind het hoofd in alle richtingen goed bewegen? .....	JA	NEEN*
Is uw kind in behandeling (geweest) voor geelzucht of een andere leverziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, leg uit: .....		
Is uw kind in behandeling (geweest) voor een nierziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Is uw kind in behandeling voor een slokdarm-, maag- of darmziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		
Neemt uw kind medicatie om het bloed te verdunnen? .....	JA	NEEN*
Heeft uw kind een bloedstollingstoornis? .....	JA	NEEN*
Zo ja, leg uit: .....		
Heeft uw kind suikerziekte? .....	JA	NEEN*
Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? .....	JA	NEEN*
Zo ja, welke? .....		

<b>9. Enkel voor meisjes.</b>		
Is uw kind zwanger? .....	JA	NEEN*
Bestaat de kans dat uw kind zwanger is? .....	JA	NEEN*
Heeft uw kind last van overvloedige menstruatie? .....	JA	NEEN*

**10. Neemt uw kind geneesmiddelen?**  
*Noteer duidelijk welk(e) geneesmiddel(en), waarvoor het gebruikt wordt, de hoeveelheid in mg of g, het aantal maal per dag en tijdstip van inname. Ook homeopathie, voedingssupplementen, slaapmedicatie en pijnstillers vermelden.*

Naam geneesmiddel (drukletters)	Waarvoor wordt het gebruikt?	Dosis en aantal/dag	Tijdstippen

<b>11. Wenst u nog iets speciaals te vermelden of te vragen? .....</b>	JA	NEEN*
.....		
.....		
.....		

<b>12. Wenst u de anesthesist persoonlijk te spreken? .....</b>	JA	NEEN*
---	----	-------

\*Omcirkel wat van toepassing is

Ik heb deze vragenlijst helemaal gelezen en begrepen en verklaar deze lijst zorgvuldig ingevuld te hebben.

Voor echt verklaard op (datum): ..... Handtekening moeder/vader/voogd .....

Hieronder aub de naam, stempel, handtekening ev telefoonnummer van de geneesheer die:

1: de vragenlijst mee heeft ingevuld, en/of gelezen heeft

2: de preoperatieve onderzoeken heeft aangevraagd

Dokter: ..... Handtekening: .....

Stempel

## BELANGRIJKE RICHTLIJNEN

- Neem de ingevulde vragenlijst en uitslagen van eventueel uitgevoerde onderzoeken mee naar het ziekenhuis.
- U wordt verzocht uw kind niet meer te laten eten, drinken en roken gedurende 6 uur voor de operatie. Water is toegestaan tot 2 uur voor de opname in het ziekenhuis. Eventuele borstvoeding mag gegeven worden tot 4 uur voor de opname.
- Neem eventuele medicatie van uw kind mee naar het ziekenhuis.
- Bril, hoorapparaat, haarspelden, contactlenzen, vals gebit, piercings, ..... moeten uit op de kamer bij de voorbereiding van de operatie.
- Uw kind draagt geen spannende kledingsstukken.
- Wanneer uw kind kort voor de geplande ingreep ziek wordt (bv. verkoudheid), contacteer de anesthesist.
- Indien de opname van uw kind is voorzien op campus Antwerpen, kan u voor specifieke vragen het nummer +32 (0)32402278 (secretariaat anesthesie) contacteren of naar de preoperatieve raadpleging komen, dagelijks tussen 16 en 18 uur, **uitgezonderd op dinsdag**, vergezeld van deze vragenlijst en eventueel reeds uitgevoerde preoperatieve onderzoeken.
- Indien de opname van uw kind is voorzien op campus Deurne, kan u voor specifieke vragen best een anesthesist bellen, overdag, op het nummer +32 (0)33206060.

## TOESTEMMINGSFORMULIER

- Ik, ondergetekende .....,  
vader\*, moeder\*, voogd\* van .....,  
geef de toelating voor een heelkundige ingreep onder algemene of plaatselijke verdoving bij mijn minderjarige zoon of dochter.
- Ik heb deze vragenlijst gelezen en alle vragen begrepen.
  - Ik verklaar deze lijst zorgvuldig en correct ingevuld te hebben.
  - Mijn kind zal volstrekt nuchter zijn voor de operatie. Ik heb begrepen dat het verboden is te eten, drinken en te roken gedurende 6 uur voor de opname in het ziekenhuis. Water is toegestaan tot 2 uur voor de opname in het ziekenhuis en borstvoeding mag gegeven worden tot 4 uur voor de opname.
  - De ochtend van de operatie zal mijn kind geen enkel geneesmiddel innemen, tenzij anders voorgeschreven door de behandelende arts of anesthesist.
  - Ik zal de richtlijnen in verband met de voorbereiding van de operatie en de nazorg strikt opvolgen.
  - De eerste 24 uur na de ingreep zal mijn kind niet fietsen of een bromfiets besturen.
  - Er zal iemand aanwezig zijn de eerste 24 uur na de operatie.
  - Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Datum ..... Handtekening .....

**Bereikbaarheid Anesthesie AZ Monica:** [www.anesthesie-monica.be](http://www.anesthesie-monica.be)

### Campus Antwerpen

Secretariaat: +3232402278 ([christel.roodhooft@azmonica.be](mailto:christel.roodhooft@azmonica.be))

Dienst: +3232402278 ([anesthesieca@azmonica.be](mailto:anesthesieca@azmonica.be))

### Campus Deurne

+3233205643 ([secranethesiecd@azmonica.be](mailto:secranethesiecd@azmonica.be))

+3233206060 ([aad@azmonica.be](mailto:aad@azmonica.be))