

## VRAGENLIJST

### preoperatief of voor een onderzoek onder narcose

Dit formulier blijft strikt vertrouwelijk.

Het dient enkel en alleen om ons toe te laten u de beste zorgen te verlenen overeenkomstig uw persoonlijke toestand. Gelieve het dus in uw eigen belang zo juist mogelijk in te vullen.

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

Adres: .....

Geboortedatum: ..... (Leeftijd: .....jaar) Gewicht: ..... Lengte: ..... Bloedgroep:.....

	JA	NEEN
<b>1. Voor welke operatie wordt u <u>NU</u> opgenomen? <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts</b> →.....		
2. Hebt u reeds eerder ingrepen ondergaan? Zo ja, welke en wanneer? ..... .....		
3. Welke anesthesietechniek werd toegepast? <input type="checkbox"/> algemene verdoving <input type="checkbox"/> lokale verdoving <input type="checkbox"/> andere: ..... Hebt u toen hinder of last ondervonden? Zo ja, welke? .....		
4. Heeft iemand uit de familie verwikkelingen gedaan bij een verdoving (vb. zeer hoge koorts)?		
5. Bent u allergisch / overgevoelig aan medicatie, kleefpleisters of ontsmettingsproducten? Zo ja, waarvoor? .....		
6. Werden er tijdens een vroegere ingreep implantaten geplaatst:vb.thv. heup, knie, rug, pacemaker Indien ja, links <input type="checkbox"/> of rechts <input type="checkbox"/>		
7. Hebt u last van gezwollen voeten / benen?		
8. Blijft u lang bloeden na een verwonding of tandextractie?		
9. Hebt u reeds een bloedtransfusie gekregen? Indien ja, deden zich daarbij complicaties voor? .....		
10. Rookt u? Hoeveel per dag? ..... Gebruikt u regelmatig alcohol? Hoeveel? .....		
11. Draagt u een bril of contactlenzen?		
12. Heeft u een kunstgebit of losstaande tanden?		
13. Weet U of U één van de volgende ziekten heeft of gehad heeft?		
• Spierziekten of spierzwakten		
• Hartziekten: vb hartinfarct, klepgebrek, ritmestoornissen, hartoperaties		
• Bloedsomloop- of bloedvatenziekten: vb te hoge bloeddruk, te lage bloeddruk, spataders, trombose, embolie,...		
• Long- of ademhalingsziekten: vb stoflong, astma, chronische bronchitis,...		
• Leverziekten: vb geelzucht, leverontsteking,...		
• Nierziekten: vb nierontsteking, nierstenen,...		
• Stofwisselingsziekten: vb suikerziekte, jicht		
• Oogaandoeningen: vb cataract, glaucoom, ...		
• Ziekten van het zenuwstelsel: vb krampaanvallen, verlammingen, vallende ziekte (epilepsie), hersenvliesontsteking		
• Ziekten van het gemoed of psychische ziekten: vb depressie,...		
• Ziekten van het beenderstelsel: vb gewrichtsaandoeningen, rugpijnen,...		
• Bloedziekten of stollingsstoornissen: vb aanleg voor grote blauwe plekken, neusbloedingen, bloeding na tandextractie, anemie,...		
• Ev. andere niet vermelde ziekten:		
14. Voor vrouwen: Bent U zwanger?		

**Vervolg op achterzijde** →

Indien u opgenomen wordt de dag voor de ingreep, voor 17.00u, zal een anesthesist met u deze vragenlijst overlopen. U krijgt dan ook de kans om bijkomende specifieke vragen te stellen.

U kan voorafgaand aan de opname een afspraak maken met de dienst anesthesie op het nummer 03.890.16.94 (campus Bornem) of 03.860.37.25 (campus Willebroek) waar u de gelegenheid krijgt om vragen te stellen over de narcose en waar kan beoordeeld worden of bijkomende onderzoeken voorafgaand aan de ingreep nodig zijn. Dit kan het geval zijn wanneer u lijdt aan een moeilijk controleerbare chronische aandoening, zoals bv hoge bloeddruk, ernstige diabetes, hartlijden,...

## Algemene richtlijnen

1. Voor de ingreep wordt u verzocht vanaf 24 u niet meer te eten, drinken, roken of snoepen.
2. Gelieve kunstgebit, bril, hoorapparaat, contactlenzen en juwelen uit te doen. Letsels (aan patiënt) of schade (aan materiaal) ten gevolge van het niet naleven van dit punt vallen ten laste van de patiënt.
3. Voor dames: geen make-up, nagellak of B.H.
4. Graag meebrengen: medicatie in originele verpakking.
5. Eventueel mee te nemen: anti-trombosekousen, thermometer van vorige opname.

!!! EEN UITGEBREIDE VRAGENLIJST OVER UW THUISMEDICATIE VINDT U ALS BIJLAGE IN DE OPNAMEBROCHURE ("FORMULIER THUISMEDICATIE") OF VIA [WWW.SJK.BE](http://WWW.SJK.BE).  
GELIEVE DEZE LIJST VOLLEDIG INGEVULD MEE TE BRENGEN NAAR HET ZIEKENHUIS.

## Aanvullende richtlijnen voor patiënten in DAGHOSPITALISATIE (wanneer U dezelfde dag terug naar huis gaat)

1. U mag enkel het ziekenhuis verlaten onder begeleiding van een volwassene.
2. Omwille van eventuele nawerkingen van de anesthesie mag U de eerste 24 u na de ingreep:
  1. NIET actief deelnemen aan het verkeer (geen auto, fiets, bromfiets besturen; niet alleen met de trein, tram, bus meerijden)
  2. GEEN machines of gevaarlijke apparaten bedienen.
  3. GEEN alcohol drinken.
  4. GEEN belangrijke beslissingen nemen.

## Verklaring

Ik (naam) .....

- aanvaard
  - de chirurgische ingreep
  - een internistisch onderzoek / behandeling
- verklaar voldoende duidelijk en begrijpbare informatie te hebben verkregen mbt het onderzoek/de ingreep en de mogelijkheid te hebben gekregen om hierover vragen te stellen.
- ga akkoord met de door de anesthesist voorgeschreven anesthesievorm en de eventuele noodzakelijke voorbereidende en begeleidende maatregelen.
- verklaar mij, in geval van daghospitalisatie, akkoord voor eventuele opname in het algemeen ziekenhuis, indien dit medisch noodzakelijk zou zijn.
- verklaar deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld, geen geneeskundige gegevens verzwegen te hebben en de richtlijnen gelezen te hebben.

**Datum:**

**Handtekening patiënt:**

**Handtekening van ouder/voogd**

*(indien patiënt minderjarig)*

.....

.....

.....

**Zowel bij dagopname als verblijf deze vragenlijst én het "Formulier thuismedicatie" ingevuld meebrengen AUB.**

**Alvast veel dank voor Uw medewerking !**

## Patiënten sticker

(klever van het ziekenhuis, aan te brengen door een ziekenhuismedewerker bij de opname)

## Formulier thuismedicatie

U bent of wordt binnenkort opgenomen in de Sint-Jozefkliniek Bornem & Willebroek. Om u zo goed mogelijk te kunnen behandelen, is het van groot belang dat wij uw volledige, huidige therapie kennen.

Wij vragen u daarom om dit formulier **nauwkeurig** in te vullen. Vraag eventueel hulp aan familie, uw huisarts, vaste apotheker of thuisverpleegkundige.

Indien u GEEN medicatie neemt, gelieve dit vakje aan te vinken.

UW NAAM: ..... VOORNAAM: .....

GEBOORTEDATUM: ..... DATUM ZIEKENHUISOPNAME: .....

WIE IS UW HUISARTS ?(+ POSTCODE) .....

HEEFT U EEN VASTE APOTHEKER? (+POSTCODE) .....

**NOTEER HIER ZO JUIST MOGELIJK WELKE MEDICATIE U NEEMT. SCHRIJF VAN ELK MEDICAMENT DE NAAM VOLUIT EN HET MERK INDIEN VAN TOEPASSING. BRENG DE ORIGINELE VERPAKKING MEE.**

<u>Naam medicament</u> (merknaam)	<u>Dosis</u> (mg,ml)	<u>Toediening:</u> Via mond, zetpil, spuit, sonde...	<u>Innames:</u> Hoeveel keer per dag?	<u>Tijdstip van</u> inname?	<u>Sinds wanneer</u> neem ik deze medicatie?	<u>Laatste</u> inname?

Vervolg op achterzijde



**GRAAG UW ANTWOORD OP ONDERSTAANDE VRAGEN:**

1. Zorgt u zelf voor uw medicatie  Ja  Neen  
**Indien neen**, wie zorgt voor uw medicatie? .....
2. Hebt u een allergie?  Ja  Neen  
**Zo ja**, welke? .....
3. Neemt u bloedverdunners?  Ja  Neen  
Indien u vroeger bloedverdunners nam, wanneer bent u ermee gestopt? .....  
Heeft u een vervangend product gekregen (zoals een inspuiting)?  Ja  Neen  
**Indien ja**, wanneer? .....
4. Gebruikt u puffers? Welke? .....  Ja  Neen
5. Neemt u soms pijnstillers? Welke?  Ja  Neen  
(naam) ..... Hoeveel?..... Hoe vaak?.....  
(naam) ..... Hoeveel?..... Hoe vaak?.....
6. Gebruikt u medicatiepleisters?  Ja  Neen
7. Hebt u onlangs (minder dan 2 weken geleden) antibiotica genomen?  Ja  Neen  
**Indien ja**, welke? .....
8. Gebruikt u slaapmiddelen?  Ja  Neen
9. Krijgt u of zet u zelf spuitjes? (vb. Clexane, Fraxiparine, insuline)  Ja  Neen
10. Neemt u hormonale preparaten?  Ja  Neen
11. Zijn er medicamenten die u 1 x per week/maand/... moet nemen? Welke?  Ja  Neen  
(naam) ..... Hoeveel?..... Hoe vaak?.....  
(naam) ..... Hoeveel?..... Hoe vaak?.....
12. Bent u recent gestopt met het nemen van bepaalde medicatie? Welke?  Ja  Neen  
(naam) ..... Wanneer bent u ermee gestopt? .....
13. Gebruikt u oogdruppels?  Ja  Neen
14. Gebruikt u zalven? Welke? .....  Ja  Neen
15. Neemt u medicatie die uw apotheker zelf bereidt (magistrale bereiding)?  Ja  Neen  
**Indien ja**, welke? .....
16. Gebruikt u voedingssupplementen of homeopathische middelen?  Ja  Neen

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

INGEVULD DOOR: .....

DATUM: .....

HANDTEKENING: