

**Screeningslijst voor sedatie gynaecologie**

Hier patiënten sticker plakken

Telefoon en naam begeleider:

Datum invulling:

Welke ingreep/onderzoek dient u te ondergaan?:

Bloeddruk:	Gemeten door:	JA	NEE	OPMERKINGEN
Bent/was u ook onder controle bij een andere specialist?				
Zo ja, bij wie en waarvoor?				
	Cardioloog:			IVM:
	Internist:			IVM:
	Neuroloog:			IVM:
	Longarts:			IVM:
Wat is uw lengte?				
Wat is uw gewicht?				
Bent u eerder geopereerd?				
Waren er ooit problemen rond de narcose/sedatie?				
Zo ja, wat voor problemen?				
Hebt u last van wagenziekte?				
Bent u allergisch/overgevoelig voor stoffen?				
Zo ja, welke?				
Rookt u? Zo ja, hoelang?				
Heeft u in het verleden gerookt? Zo ja, hoelang?				
Gebruikt u met regelmaat alcohol? Hoeveel eenheden per dag?				
Gebruikt u drugs zoals heroïne, cocaïne wiet of XTC?				

	JA	NEE	OPMERKINGEN
Heeft u een hoge bloeddruk?			
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?			
NAAM			HOEVEELHEID

	JA	NEE	OPMERKINGEN
Is het een probleem om de mond volledig te openen?			
Heeft u last van uw nek of om uw hoofd te bewegen?			
Heeft u een heupprothese? Indien ja, graag links/rechts aangeven			
Heeft u last van een hernia of van andere rugpijn?			
Heeft u problemen met de longen en/of ademhaling?			
Moet u vaak hoesten? Bent u een chronische hoester?			
Is er bij u astma/chronische bronchitis/emfyseem of COPD geconstateerd?			
Komt u adem tekort als u zich inspant?			
Bent u al kortademig na/bij heel weinig inspanning?			
Snurkt u overmatig?			
Is bij u het slaap-apneu syndroom (OSAS) geconstateerd, zo ja graag C-pap meenemen!			

	JA	NEE	OPMERKINGEN
Heeft u wel eens pijn, een drukkend gevoel op de borst?			
Zo ja, is dat bij inspanning, of zelfs bij weinig inspanning?			
Straalt deze pijn uit naar uw arm of kaak?			
Is er bij u in het laatste jaar een ECG/hartfilmpje gemaakt?			
Wordt u kortademig als u plat in bed gaat liggen?			
Heeft u last van opgezette enkels en/of onderbenen?			
Is er ooit een ruis aan het hart bij u gehoord?			
Heeft u wel eens last van hartkloppingen of een onregelmatige hartslag?			
Heeft u een ICD (inwendige defibrillator) of pacemaker?			

	JA	NEE	OPMERKINGEN
Heeft u regelmatig last van zuurbranden?			
Heeft u geelzucht of een leverziekte (gehad)?			
Heeft u een nierziekte (gehad)?			
Heeft u ooit een verlamming gehad?			
Heeft u ooit een hersenbloeding of beroerte gehad? Zo ja, wanneer?			
Heeft u ooit een wegraking of toeval (epilepsie) gehad?			
Heeft u een ziekte van het zenuwstelsel of de spieren (zoals bijv. Parkinson of spierdystrofie)?			
Heeft u een syndroom?			
Zit u in een rolstoel?			
Heeft u glaucoom? (verhoogde oogdruk)			
Heeft u bril/contactlenzen?			
Heeft u een gebitsprothese?			
Heeft u kronen, stifttanden of loszittende tanden?			
Heeft u een gehoorapparaat?			

	JA	NEE	OPMERKINGEN
Heeft u –op medische gronden- een dieet?			
Heeft u suikerziekte (diabetes)?			
Bent u onder behandeling voor uw schildklier?			
Heeft u snel blauwe plekken en of bloedneuzen?			
Heeft u ooit trombose gehad?			
Bloeden wondjes lang na bijv. bij de tandarts?			
Komen in uw familie bloedstolling problemen voor?			
Bent u drager van een besmettelijke ziekte?			
Bent u bang voor de operatie/behandeling en/of anesthesie/sedatie?			
Heeft u zelf vragen die u graag door ons beantwoord ziet?			
Bent u in verwachting/ zou u in verwachting kunnen zijn?			

Indien u nog vragen of opmerkingen heeft mag u die hier opschrijven!

Wij vragen uw handtekening, zodat wij ook de brieven over uw gezondheid kunnen opvragen bij specialisten van een ander ziekenhuis waar u onder behandeling bent.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Z.O.Z.

**Nu volgt een lijst met ACTIVITEITEN. Wilt u aangeven wat u regelmatig (dagelijks, wekelijks) en daadwerkelijk aan inspanning verricht. Graag uw antwoord (j / n) omcirkelen.**

- |  |        |
|--|--------|
| 1. Kunt u zelfstandig eten?  | J / N* |
| 2. Kunt u zich zelfstandig aankleden en naar het toilet?   | J / N* |
| 3. Kunt u rustig lopen op een vlakke ondergrond?   | J / N* |
| 4. Kunt u lichte huishoudelijke activiteiten uitvoeren?<br>Zoals afwassen, het bed opmaken?  | J / N  |
| 5. Kunt u één trap op of licht heuvelopwaarts wandelen?  | J / N  |
| 6. Kunt u de zwaarder huishoudelijke activiteiten aan?<br>Zoals ramen lappen en badkamer schoonmaken   | J / N  |
| 7. Voert u lichte vrijetijdsbezigheden uit?<br>Zoals fietsen en wandelen   | J / N  |
| 8. Doet u aan fitness of zwemmen?  | J / N  |
| 9. Neemt u wekelijks actief deel aan een sport met aanzienlijke<br>lichamelijke belasting (bijv. Tennis/voetbal/roeien etc.)?<br>Welke sport en hoeveel minuten? ..... | J / N  |

Waardoor wordt u eventueel belemmerd?:

- Vermoeidheid
- Slechte conditie
- Gewrichtsklachten, spierpijn, fysieke beperkingen
- Door problemen van uw hart, pijn op de borst
- Door problemen van de longen, benauwdheid
- Een neurologische aandoening
- Andere oorzaken, namelijk:

\* Voor secretaresse: bij één antwoord NEE, bij de eerste 3 vragen, is extra onderzoek nodig via POS. Arts doorgeven POS aanvraag te maken en patiënte doorsturen naar de POS.