

Vragenlijst PreOperatieve Setting:

Planning&Opname, Anesthesiologie en Verpleegkunde

Patiëntenstericker

U bent door uw behandelend specialist aangemeld voor een operatie/onderzoek. Om u daar goed op voor te bereiden krijgt u een afspraak bij de Pre Operatieve Screening (POS), waar u een gesprek heeft met een anesthesioloog en/of anesthesiemedewerker en eventueel een verpleegkundige. Voorafgaand aan deze afspraak vragen wij u deze gezondheidsvragenlijst volledig in te vullen.

Informatie t.b.v. planning & opname

1. Heeft u al een gesprek gehad met de apothekersassistente om de medicatie door te nemen? ja nee
2. Bent U in staat om voor uw operatie ca. 2 uur te zitten in een wachtruimte ja nee
3. Contactpersonen (1^{ste} contactpersoon mag na de operatie gebeld worden door de chirurg)
Contactpersoon 1:.....Telefoonnummer:.....
Relatie tot contactpersoon:
Uw partner / uw kind / uw ouder / uw broer-zus / anders namelijk:
Contactpersoon 2:.....Telefoonnummer:.....
Relatie tot contactpersoon:
Uw partner / uw kind / uw ouder / uw broer-zus / anders namelijk:
4. Mag aan de bovenstaande personen informatie over u worden verstrekt? ja nee

Informatie t.b.v. Anesthesiologische Screening

Algemeen:

- 5. Waaraan wordt u geopereerd?
- 6. Aan welke zijde? Links Rechts n.v.t.
- 7. Wat is uw gewicht? kg
- 8. Wat is uw lengte? cm
- 9. Rookt u? ja nee
 Zo ja, hoeveel / dag:Indien nee, evt. gestopt sinds?.....
- 10. Drinkt u alcohol? ja nee
 Zo ja, hoeveel glazen / dag:
- 11. Gebruikt u drugs of andere genotsmiddelen? ja nee
 Zo ja, welke en hoe vaak:
- 12. Bent u allergisch voor bepaalde stoffen en / of medicijnen?** ja nee
Zo ja, welke:.....
Welke reactie krijgt u van dit/deze middel(en):

Onderstaande vragen hebben als doel een indruk te krijgen van uw lichamelijke conditie (werking hart/longen). Indien u een lichamelijke beperking heeft (bijvoorbeeld knie/heupklachten) moet u een inschatting maken of u de lichamelijke inspanning wat conditie betreft aan zou kunnen.

Kunt u?:

- 13. Voor uzelf zorgen, eten, zelfstandig aankleden? ja nee
 Zo nee, waarbij heeft u hulp nodig:
- 14. Zichzelf douchen? ja nee
- 15. Een blokje om lopen of huishoudelijk werk doen (stofzuigen, boodschappen dragen)? ja nee
- 16. Licht werk in de tuin verrichten (bladeren harken, onkruid wieden) ja nee
- 17. Enige tijd stevig doorwandelen (ca. 6 km/uur), dansen of de auto wassen? ja nee
- 18. Rustig (niet elektrisch) fietsen op een vlakke ondergrond? ja nee
- 19. Buitenwerk verrichten zoals spitten of graven? ja nee
- 20. Zware meubels verzetten of langzaam joggen (ca. 8 km/uur)? ja nee
- 21. Enige tijd stevig doorfietsen (ca. 20 km/uur)? ja nee
- 22. Snel zwemmen, 10 km/uur joggen of een heuvel op fietsen? ja nee
- 23. Amateur sportactiviteiten bedrijven zoals handballen of een vergelijkbare sport? ja nee
- 24. Langdurig (ca. 1 uur) hardlopen met een snelheid ca. 12 km/uur? ja nee
- 25. In competitieverband sportactiviteiten bedrijven zoals voetbal of basketbal? ja nee

Gezondheid:

26. Bent u ooit geopereerd? ja nee

Zo ja, waaraan:

27. Bent u ooit ernstig ziek geweest? ja nee

Zo ja, graag toelichten:

28. Bent u onder behandeling van een medisch specialist (anders dan uw operateur)? ja nee

Wie/Waar?:

29. Heeft u last (gehad) van of wordt u behandeld voor:

a. Hart:

o hoge bloeddruk? ja nee

o hartaandoening? ja nee

o beklemmende pijn op de borst in rust of bij inspanning? ja nee

o hartkloppingen? ja nee

o benauwdheid bij inspanning of bij plat liggen? ja nee

o 's nachts last van dikke enkels? ja nee

o 's nachts last van vaak plassen? ja nee

b. Longen:

o astma, bronchitis, emfyseem, CARA-COPD? ja nee

o hoesten en/of opgeven van slijm ja nee

o kortademigheid / piepende ademhaling ja nee

o Slaap Apnoe Syndroom ja nee

c. Suikerziekte? ja nee

Gebruikt u hiervoor tabletten ja nee

Spuit u insuline ja nee

d. Beroerte? ja nee

e. Epilepsie? ja nee

f. Schildklier aandoeningen? ja nee

g. Trombose? ja nee

h. Geelzucht? ja nee

30. Overige aandoeningen welke niet hierboven benoemd:

31. Staat u onder controle van een trombosedienst? ja nee

Zo ja, welke:

32. Heeft u een pacemaker, defibrillator of pijnpomp? ja nee

33. Bent u zwanger of zou u zwanger kunnen zijn? ja nee n.v.t.
34. Geeft u borstvoeding? ja nee n.v.t.
35. Heb u ooit een reactie gehad op een bloedtransfusie? ja nee
36. Heeft u extreem snel (spontane) blauwe plekken of last van lang nabloeden? ja nee
37. Is er sprake van een erfelijke ziekte? ja nee
- Zo ja, welke:
38. Heeft u een aandoening die door uw bloed overgedragen kan worden? ja nee
39. Heeft u of één van uw familieleden wel eens abnormaal gereageerd op een 'narcose' of een plaatselijke verdoving? ja nee
40. Heeft u last van reis- /wagenziekte en/of ernstige misselijkheid na vorige narcose? ja nee
41. Heeft u last van een stijve nek of moeite het hoofd te bewegen? ja nee
42. Heeft u problemen met het volledig openen van de mond? ja nee
43. Heeft u een gebitsprothese? ja nee
44. Heeft u loszittende tanden, kronen, stiftanden of een brug? ja nee
45. Heeft u een piercing in uw tong of elders? ja nee
46. Heeft u (indien mogelijk) voorkeur voor een type verdoving, welke?

Informatie t.b.v. Verpleegkundige Screening

47. Bent u de laatste tijd onbedoeld afgevallen? ja nee
- Zo ja, hoeveel:
48. Heeft u de afgelopen maand verminderde eetlust? ja nee
49. Volgt u een dieet: ja nee
- Zo ja welke.....
- Is hier een medische indicatie voor:
50. Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt? ja nee
- Zo ja, welke drink en sondevoeding gebruikt u:
51. Hoe gaat het met uw ontlasting:
52. Heeft u problemen met plassen: ja nee
53. Heeft u hulp nodig bij medicatie inname: ja nee
54. Gebruikt u een Baxter (medicatie op rol) ja nee
55. Heeft u geheugenproblemen? ja nee
56. Zijn er bij een eerdere opname perioden geweest waarin u in de war was? ja nee

57. Bent u de afgelopen 6 maanden 1 of meerdere keren gevallen? ja nee

58. Krijgt u hulp van de thuiszorg? ja nee

Zo ja, waarvoor:

Hoe vaak per dag krijgt u thuishulp per dag:

Van welke thuiszorgorganisatie:.....

59. Krijgt u andere begeleiding, denk aan fysio, diëtist? ja nee

Zo ja, welke:

60. Is er voldoende ondersteuning in het sociale netwerk? ja nee

61. Wat is uw woonsituatie:

- Alleenstaand / wonend met partner / wonend met partner en kinderen / anders.....
- Eengezinswoning met trap / appartement met trap / appartement met lift / instelling / anders:
.....

62. Heeft u thuis aangepaste voorzieningen? ja nee

Zo ja, welke:

63. Geeft de woonomgeving mogelijk beperkingen na de operatie? ja nee

64. Verwacht u zorg nodig te hebben als u thuis bent na de operatie? ja nee

Zo ja, waarvoor:

65. Gebruikt u hulpmiddelen voor voortbewegen, horen, zien, incontinentie? ja nee

Zo ja, welke

66. Zijn er zaken waar tijdens de opname rekening mee gehouden moet worden? ja nee

Zo ja, welke:

67. Bent u mantelzorger of krijgt u mantelzorg:

Ten slotte:

Heeft u alle vragen van deze vragenlijst begrepen en naar waarheid ingevuld? ja nee

Mogen medewerkers van MST U benaderen om informatie te geven over wetenschappelijk onderzoek?

ja nee

Patiëntensticker

Soms is het noodzakelijk om gegevens op te vragen bij andere medisch specialisten/uw huisarts om beter geïnformeerd te zijn over uw gezondheid. Hiervoor vragen wij u schriftelijk om toestemming:

Heeft u bezwaar tegen het opvragen van uw medische informatie bij uw huisarts en/of medisch specialist?

ja nee

Naam:

Plaats:Datum:

Handtekening:.....

