



Ondergetekende(n) moeder/vader/voogd* van: (naam)
heeft/hebben de informatie over anesthesie (www.uzleuven.be/nl/brochure/700036) zorgvuldig gelezen en
gaat/gaan akkoord met de voorgestelde algemene anesthesietechniek.

Gedaan op / / (datum) door (naam)

Handtekening

* Omcirkel wat van toepassing is



Preoperatieve vragenlijst kinderen

Deze vragenlijst werd opgesteld om de gezondheidstoestand van uw kind voor de geplande heelkundige ingreep, onderzoek of behandeling te kennen en maakt deel uit van het preoperatief onderzoek. Dit is uiteraard informatie die **vertrouwelijk** behandeld wordt. De anesthesist zal, na het medisch dossier ingekeken te hebben, uw kind eventueel persoonlijk zien en ook deze vragenlijst met u en uw kind doornemen. **Omcirkel wat van toepassing is.**

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

EMD nr UZL:

Leeftijd: ja(a)r/maand(en)*

Gewicht: kg

Lengte: cm

1. Operatie, onderzoek of behandeling die uw kind binnenkort ondergaat:
 Datum van operatie, onderzoek of behandeling: / /
 Naam van operatie, onderzoek of behandeling: Rechts / Links*
 Opname via het daghospitaal: Ja Neen*
 Indien nee, opname avond voor* of de ochtend van de ingreep*

2. Is uw kind allergisch aan:

	Ja	Neen*		Zo ja, welke reactie?
Planten, pollen huisstof	Ja	Neen*		.....
Antibiotica	Ja	Neen*	Welke .....	.....
Contraststoffen	Ja	Neen*		.....
Kleefpleisters	Ja	Neen*	Welke .....	.....
Latex/rubber	Ja	Neen*		.....
Ontsmettingsmiddelen	Ja	Neen*	Welke .....	.....
Verdovingsstoffen bij de tandarts	Ja	Neen*	Welke .....	.....
Medicatie	Ja	Neen*	Welke .....	.....
Andere			Welke .....	.....

3. Gewoontes

Rookt uw kind? Ja Neen*

Gebruikt uw kind alcohol? Ja Neen*

Andere genotsmiddelen? Ja Neen* Zo ja, welke?

Voor gebruikers van genotsmiddelen kunnen ten gevolge van anesthesie en operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken moet de anesthesist volledig ingelicht worden over wat u neemt.

4. Zijn er bij bloedverwanten van uw kind aangeboren afwijkingen/ziekten? Ja Neen*
 Zo ja, welke?

5. Is uw kind bij de huisarts of bij een geneesheerspecialist in behandeling voor een bepaalde aandoening (geen operaties)? Ja Neen*
 Zo ja, welke?

Heeft uw kind last van reisziekte? Ja Neen*

6. Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? Ja Neen*
 Zo ja, welke?

* Omcirkel wat van toepassing is

7. Lijdt uw kind aan suikerziekte?	Ja	Neen*
8. Zwangerschap. De zwangerschapsduur bedroeg weken en het geboortegewicht was ongeveer g Waren er problemen na de geboorte? Ja Neen* Zo ja, welke?		
9. Enkel voor meisjes. Zou het mogelijk zijn dat uw kind zwanger is? Ja Neen* Is uw kind zwanger? Ja Neen* Heeft uw kind last van overvloedige menstruatie? Ja Neen*		
10. Is uw kind gedurende de laatste 6 weken ziek geweest? Zo ja, welke ziekte en behandeling?		
11. Werd uw kind vroeger reeds geopereerd? Ja Neen* Zo ja, wanneer, welke operatie, en in welk ziekenhuis? Waren er toen problemen? Ja Neen* Zo ja, welke?		
12. Heeft iemand van de bloedverwanten van uw kind problemen gehad tijdens een operatie? Ja Neen* Zo ja, welke?		
13. Heeft uw kind ... Kunstanden? Ja Neen* Waar? Welke? Losstaande tanden? Ja Neen* Waar? Welke? Contactlenzen? Ja Neen* Hoorapparaat? Ja Neen* Piercings? Ja Neen* Verwijder piercings reeds thuis!! Kunstnagels? Ja Neen* Verwijder kunstnagels reeds thuis!!		
14. Aandoeningen van longen en ademhalingsstelsel. Heeft uw kind soms een piepende ademhaling? Ja Neen* Zo ja, wanneer? Heeft uw kind astma of hooikoorts? Ja Neen* Is uw kind in behandeling (geweest) voor een longziekte? Ja Neen* Zo ja, welke?		
15. Aandoeningen van het hart. Is uw kind in behandeling (geweest) voor een hartziekte? 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:		

* Omcirkel wat van toepassing is

16.	Ziekten van het zenuwstelsel.		
	Heeft uw kind ooit het bewustzijn verloren?	Ja	Neen*
	Had uw kind ooit een verlamming?	Ja	Neen*
	Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte?	Ja	Neen*
	Heeft uw kind een spierziekte?	Ja	Neen*
	Zo ja, welke?		
17.	Aandoeningen van het bewegingsstelsel.		
	Is uw kind ooit in behandeling geweest voor artritis of reuma?	Ja	Neen*
18.	Ziekten van de lever.		
	Is uw kind in behandeling geweest voor een ziekte van de lever?	Ja	Neen*
	Zo ja, leg uit:		
		
19.	Ziekten van de nieren en het urinair stelsel.		
	Is uw kind in behandeling (geweest) voor een nierziekte?	Ja	Neen*
	Zo ja, welke?		
20.	Ziekten van het spijsverteringsstelsel.		
	Is uw kind in behandeling (geweest) voor een ziekte van het spijsverteringsstelsel?	Ja	Neen*
	Zo ja, welke?		
		
21.	Problemen met de stolling van het bloed.		
	Neemt uw kind medicatie om het bloed te verdunnen?	Ja	Neen*
	Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken zonder reden?	Ja	Neen*
	Heeft u ooit een arts moeten raadplegen voor een neusbloeding bij uw kind?	Ja	Neen*
	Heeft uw kind last van bloedend tandvlees?	Ja	Neen*
22.	Neemt uw kind geneesmiddelen? Noteer duidelijk welk geneesmiddel, de dosis in milligram of gram, het aantal maal per dag en het tijdstip van inname. Vermeld hier ook alle pijnstillers, slaapmedicatie, en middelen om te vermageren.		
	<input type="radio"/> Naam geneesmiddel	..... mg/g	aantal/dag uren
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>
23.	Neemt uw kind homeopathie, geneeskrachtige kruiden, voedingssupplementen?		
	Ja Neen* Zo ja, welke		
		
		
24.	Wenst u nog iets te vermelden.	Ja	Neen*
	Zo ja, beschrijf:		
		
		
		

* Omcirkel wat van toepassing is

25. Waar kunnen wij u bereiken bij eventuele vragen of onduidelijkheden?

Telefoonnr: / of /

E-mail: @

U kan ons bereiken tussen 09u00 en 17u00 op de raadpleging anesthesiologie op campus Gasthuisberg op tel. nr. +32 16 34 48 13 en daarbuiten via fax. nr. +32 16 34 48 21 of E-mail:

Raadpleging.Anesthesie@uzleuven.be

26. Wenst u de arts-anesthesist persoonlijk te spreken?

Ja Neen*

Opgelet :

- Indien uw kind kort voor de geplande ingreep ziek wordt (vb. een verkoudheid), contacteer de arts-anesthesist op de raadpleging anesthesie op telefoonnummer +32 16 34 48 13 (tussen 08.00 en 18.00 u) of de wachtarts van anesthesie op telefoonnummer +32 16 34 07 81 (buiten deze uren).
- Wanneer er voor de ingreep belangrijke wijzigingen in de gezondheidstoestand van uw kind optreden, dient u de arts-anesthesist te verwittigen via dezelfde telefoonnummers als hierboven.
- Onafhankelijk van de leeftijd is het drinken van water (of een heldere vloeistof) toegelaten tot 1 u voor de ingreep. Kleine kinderen mogen flesvoeding en/of borstvoeding krijgen tot 4 u voor de ingreep. Bij oudere kinderen is licht ontbijt is toegelaten tot 6 u voor de ingreep. Gelieve deze richtlijnen strikt op te volgen.
- Bij twijfel kan u steeds de arts-anesthesist vragen tot welk tijdstip voor de operatie uw kind mag eten of drinken. Gelieve deze richtlijnen strikt op te volgen.
- Gelieve de onderstaande toelating voor algemene verdoving te ondertekenen.
- Breng steeds al de medicatie van uw kind mee naar het ziekenhuis op de dag van de opname.
- Indien uw kind een bloedgroepkaart heeft, gelieve deze mee te brengen en bij opname af te geven aan de verpleegkundigen van haar/zijn verpleegeenheid.

Ik heb deze vragenlijst gelezen en alle vragen begrepen. Ik verklaar deze lijst zorgvuldig en correct ingevuld te hebben.

Gedaan op / / (datum) door (naam)

Handtekening

Toelating voor algemene verdoving.

Ondergetekende(n), moeder/vader/voogd* van geeft/geven toelating voor een heelkundige ingreep, onderzoek of behandeling onder algemene verdoving bij mijn/ons minderjarig kind. Indien de ingreep/onderzoek doorgaat in daghospitalisatie bevestig(en) ik/wij hierbij eveneens dat ik/we de richtlijnen voor daghospitalisatie grondig heb(ben) gelezen, en dat ik/we de nodige informatie hierover heb(ben) gekregen. Ik/wij verbind(en) mij/ons ertoe alle preoperatieve (zoals hierboven vermeld) en postoperatieve richtlijnen strikt na te leven.

Naam: Handtekening: