



ALGEMEEN ZIEKENHUIS

SINT - MAARTEN

CAMPUS ZWARTZUSTERSVEST  
CAMPUS LEOPOLDSTRAAT  
CAMPUS ROOIBERG

F0481AV.DOC 2011-02-25

identificatieklever patiënt

### DIENST ANESTHESIOLOGIE

- |               |                   |                  |
|---------------|-------------------|------------------|
| dr. Bolle     | dr. Stessel       | dr. Nobels       |
| dr. De Sommer | dr. Drijvers      | dr. Wets         |
| dr. Malcorps  | dr. Matheussen    | dr. Mariën       |
| dr. Stevens   | dr. Vanderstappen | dr. De Hovre     |
|               |                   | dr. Lemmens      |
|               |                   | dr. Notelé       |
|               |                   | dr. Vander Sande |
|               |                   | dr. Liesmons     |

Naam: .....

Kamer: ..... Datum: .....

Operatie: .....

### PRE-OPERATIEVE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN

*Dit formulier blijft strikt persoonlijk ! Het dient uitsluitend om ons toe te laten uw kind, de best mogelijke zorgen en anesthesie te verlenen, aangepast aan zijn persoonlijke toestand.*

Geboortedatum: ..... Huisarts: .....

Lengte: ..... Adres: .....

Gewicht: ..... Bloedgroep: .....

#### **In te vullen door vader, moeder of verantwoordelijke volwassene.**

*Kruis het juiste vakje aan. Kruis het vakje met het vraagteken aan indien je het niet weet of geef uitleg in een paar woorden.*

Is uw kind momenteel verkouden?  neen  ja  ?

Werd uw kind al gehospitaliseerd voor bronchitis of longaandoeningen?  neen  ja  ?

Is uw kind soms kortademig?  neen  ja  ?

Werd u gezegd dat uw kind een hartgeruis heeft of lijdt aan een hartziekte?  neen  ja  ?

Klaagt uw kind regelmatig van pijn?  neen  ja  ?

Lijdt uw kind aan een oogziekte?  neen  ja  ?

Hoort uw kind goed?  neen  ja  ?

Blijft een wondje lang nabloeden?  neen  ja  ?

Lijdt uw kind aan een spierziekte?  neen  ja  ?

Heeft iemand van uw gezin astma, suikerziekte of een spieraandoening?  neen  ja  ?

Volgt uw kind een speciaal dieet?  neen  ja  ?

Neemt uw kind geneesmiddelen?  neen  ja  ?

Welke geneesmiddelen nam uw kind de laatste twee maanden? .....

.....

.....

- |   |                               |                             |                            |
|---|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Is uw kind allergisch voor pollen, huismijt of bepaalde medicamenten?             | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Had uw kind ooit hepatitis, geelzucht?  | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Kwam uw kind onlangs in contact met zulke personen?                               | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Kreeg uw kind ooit een aanval van bewustzijnsverlies met of zonder spierschokken? | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Werd uw kind reeds geopereerd?  | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Werd uw kind toen algemeen verdoofd?  | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Zo ja, heeft uw kind toen veel gebraakt?  | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Had iemand in uw gezin ooit problemen na een verdoving of heelkundige ingreep?    | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Wenst u iets speciaals te melden?   | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Belangrijke opmerkingen:**

- Zes uur voor de operatie niets meer eten en drinken, d.w.z. ook geen chocolademelk of snoep.
- Bril, haarspeldjes, juwelen, ... één uur voor de operatie uitdoen.
- Kostbare dingen thuislaten.
- Babyvoeding (papflesjes), eventueel tutje en troetel niet vergeten !!!!!

Hierbij geef ik de toelating aan de geneesheer-anesthesist om mijn kind algemene anesthesie te geven voor een heelkundige ingreep.

Datum en handtekening van vader of moeder.