

Gezondheidsvragenlijst volwassenen

Anesthesiologie

Deze preoperatieve vragenlijst is opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande chirurgische ingreep, onderzoek of behandeling te beoordelen en maakt deel uit van het preoperatief onderzoek. Deze informatie wordt vertrouwelijk behandeld. Na het invullen van deze lijst volgt er een gesprek en een lichamelijk onderzoek.

Vul JA of NEE in voor het juiste antwoord bij de volgende vragen

1: Persoonsgegevens: Contactpersoon tijdens opname:

Externe sticker

Telefoon: _____

E-mailadres: _____

Tolk nodig: JA NEE

Zo JA, welke taal: _____

2: Lengte.....cm Gewicht.....kg

Infectie risico:

- 3: Bent u MSRA positief of in het verleden MRSA positief geweest JA NEE
- 4: Heeft u of uw inwonende gezinsleden contact gehad met bedrijfsmatig gehouden levende varkens/vleeskalveren/vleeskuikens JA NEE
- 5: Bent u < 2 maanden geleden woonachtig geweest in een asielzoekerscentrum JA NEE
- 6: Bent u < 2 maanden geleden >24 uur opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling? JA NEE
- 7: Bent u < 2 maanden geleden <24 uur opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling en heeft u een risicofactor? JA NEE
- 8: Bent u <1 jaar geleden opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling en heeft u een risicofactor? JA NEE
- 9: Bent u de afgelopen 2 maanden in een ander Nederlands zorginstelling opgenomen geweest JA NEE
-

Heeft u de vragenlijst eerder ingevuld:

- 10 a: Neen: graag de volledige vragenlijst invullen.
- 10 b: Ja, maar is er in uw gezondheidstoestand niets veranderd, dan hoeft u deze vragenlijst niet verder in te vullen en kunt u hem aan het einde ondertekenen.
- 10 C: Ja, maar mijn gezondheidstoestand is veranderd. Dan vragenlijst volledig invullen

Voorgeschiedenis

11a: Heeft u eerdere operaties/ ziekenhuisopnames ondergaan?

Zo ja , graag hieronder aangeven.

Waaraan	Jaar	Ziekenhuis

11b: Waren er complicaties/ problemen bij eerdere anesthesie/ narcose bij uzelf of bij familieleden?

Zo JA, welke

12: Wordt u op dit moment nog door een andere specialisme behandeld?

Specialisme	Ziekenhuis	Waarvoor	Laatste controle

13: Als u na de operatie naar huis gaat, is er dan iemand die de eerste avond en nacht bij u is en begeleidt?

JA NEE

14: Heeft u last van claustrofobie(engtevrees)?

JA NEE

15: heeft u de patiëntenvoorlichtingsfolder ontvangen?

JA NEE

Intoxicaties:

16: a. Rookt u? Zo JA, hoeveel:...../dag, sinds/jaar JA NEE

b. Bent u gestopt? Zo JA, sinds/jaar, en rookte toen/dag JA NEE

17: Drinkt u alcohol? Zo JA, glazen/dag of glazen/week JA NEE

18: Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? JA NEE

Zo JA welke? Hoe vaak?

Algemene indruk: Kunt u de volgende inspanningen leveren:

19: **MET – score :**

1. Kunt u voor uzelf zorgen? JA NEE

2. Rustig lopen op begane grond, zelfstandig kleden, drinken en eten JA NEE

3. Licht werk rondom het huis JA NEE
4. Kunt u buiten een paar blokjes rondlopen, afwassen of golfen/bowlen JA NEE
5. Kunt u een trap of een heuvel oplopen, vloeren schrobben of meubels verplaatsen JA NEE
6. Kunt u een korte afstand hardlopen, dansen, tennis dubbel? JA NEE
- >10:Doet u nog aan inspannende sporten: zwemmen, tennis enkelspel, wielrennen, skiën, voetbal. JA NEE

20: **Bent u bekend met klachten van hart en bloedvaten:** JA NEE
 Indien nee kunt u doorgaan naar vraag 29

- 21: Heeft u wel eens een pijn, drukkend of beklemd gevoel op de borst? JA NEE
- 22: Bent u SNEL kortademig bij normale inspanning? JA NEE
- 23: Bent u kortademig als u plat in bed ligt? JA NEE
- 24: Is er ooit een hartziekte bij u geconstateerd? JA NEE
- 25: Is er ooit bij u een hartgeruis gehoord? JA NEE
- 26: Heeft u een pacemaker of ICD
 Type:

- 27: Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? JA NEE
- 28: Heeft u wel eens iets aan de bloedvaten gehad? (m.u.v. spataderen) JA NEE

29: **Bent u bekend met klachten van Ademhaling en luchtwegen:** JA NEE
 Indien nee kunt u doorgaan naar vraag 35

- 30: Heeft u longklachten(astma, bronchitis of longemfyseem) JA NEE
- 31: Heeft u last van luid snurken? JA NEE
- 32: Wordt u 's nachts frequent wakker? JA NEE
- 33: Heeft u overdag overmatig last van slaperigheid of moeheid? JA NEE
- 34: Heeft bij u al eens iemand opgemerkt, dat u 's nachts stopt met ademhalen? JA NEE

35: **Bent u bekend met klachten van Maagdarmsstelsel:** JA NEE
 Indien nee kunt u doorgaan naar vraag 40

- 36: Heeft u maagklachten of een maagzweer(gehad)? JA NEE
- 37: Heeft u last van opboeren, een zure smaak in de mond of een brandend gevoel in de borst als u gaat liggen? JA NEE
- 38: Heeft u last van misselijkheid en braken? JA NEE
- 39: Heeft u hepatitis, geelzucht of een leverziekte(gehad)? JA NEE
 Welke

Nieren,urinewegen en geslachtsorganen:

40: Bent u (mogelijk) zwanger? JA NEE

Zo JA, verwachte bevallingsdatum:

41: Zijn er WELEENS problemen geweest met de WERKING van uw nieren? JA NEE

Bloedstollingsvragen:

42: Heeft u last(gehad) van:

- Lang nabloeden na trekken van tanden/kiezen of na operatie of bevalling JA NEE
- spontane tandvleesbloedingen? JA NEE
- spontane grote blauwe plekken? JA NEE
- Spontane neusbloedingen JA NEE
- Nabloeden bij kleine wondjes (b.v. na het scheren) JA NEE
- Hevig bloedverlies tijdens de menstruatie? JA NEE

43: Heeft u hemofilie, de ziekte Von Willebrand of een andere bloedstollingziekte? Zo JA, welke

44: Zijn er bij familieleden problemen met de bloedstolling?(Anders dan door het gebruik van bloedverdunnende medicatie) JA NEE

45: Heeft u ooit eerder een bloedtransfusie gehad? JA NEE

Hormoonhuishouding:

46: Heeft u een aandoening van de schildklier? JA NEE

47: Heeft u suikerziekte? JA NEE

Zo JA, ik gebruik: Tabletten Insuline

Bent u bekend met klachten van bewegingsapparaat:

48: Heeft u last van een stijve nek of moeite om uw hoofd te bewegen? JA NEE

49: Kunt u gedurende 30 minuten stilliggen op uw rug zonder te bewegen? JA NEE

50: Heeft u problemen met de werking van uw spieren? JA NEE

Neurologie:

51: Heeft u WELEENS een hersenbloeding of beroerte gehad? JA NEE

- 52: Bent u WELEENS verlamd geweest? JA NEE
- 53: Heeft u epilepsie(vallende ziekte)? JA NEE
- 54: Komt er in uw familie een spierziekte voor? JA NEE
 Zo JA welke
- 55: Heeft u WELEENS een zenuwbeschadiging gehad m.a.g. krachtverlies of
 gevoelsstoornissen? JA NEE

Mond en keelholte:

- 56: Heeft u problemen met het openen van uw mond? JA NEE
- 57: Heeft u losstaande tanden, kronen, beugel of gebitsprothese JA NEE

Allergie:

- 58: Bent u allergisch/overgevoelig voor:
- a. Pleisters JA NEE
- b. Jodium JA NEE
- c. Latex/ rubberproducten JA NEE
- d. Bepaalde medicijnen JA NEE
 Zo JA, welke
- e. Overigen JA NEE
 Zo JA, welke

- 59: **Medicijngebruik; heeft u een recent medicijnen overzicht van uw apotheek, welke
 niet ouder dan 2 weken is, bij u?** JA NEE
 Indien ja kunt u doorgaan naar vraag 61

60:

Naam medicijn	Dosis	Tijdstip

61: **Gebruikt u bloedverdunnende medicatie?**

Zo JA, kruis dan aan welke:

Ascal(acetylsalicylzuur) Plavix Prasugrel

Acenocoumarol(sintrom) Fenprocoumon(marcoumar)

Dabigatran(pradaxa) Xarelto(rivaroxaban)

Andere : JA NEE

Welke trombosedienst bezoekt u?.....

62: **Gebruikt u medicatie verkregen via drogist /of homeopaat**

Zo JA, kruis dan aan welke:

JA NEE

Ibuprofen Diclofenac

Naproxen St Janskruid

Kunsthulpmiddelen:

Heeft U:

63: Contactlenzen JA NEE

64: Bril JA NEE

a. gebitsprothese JA NEE

b. oogprothese JA NEE

c. andere; zo ja welke: JA NEE

65: Kunstnagels? JA NEE

66: Piercings? JA NEE

67: Hoorapparaat? JA NEE

68: Prothese: JA NEE

69: **Gaat u akkoord met het ontvangen van bloed(producten), indien dit medisch gezien noodzakelijk is?**

JA NEE

70: **Zijn er nog bijzonderheden te vermelden?**

JA NEE

Zo JA welke:

MUST

71: Is er de laatste 3-6 maanden ongewenst gewichtsverlies opgetreden

Zo JA: < 5% 5-10% > 10%

JA NEE

72: Bent u ernstig ziek en is er of zal er waarschijnlijk geen voedselinname zijn voor > 5d?

JA NEE

73: **Is er een verhoogde kans op vallen of weglopen door:**

a. Valhistorie

JA NEE

b. Lichamelijke zwakte

JA NEE

c. Onvoldoende instrueerbaarheid/ ziekte-inzicht

JA NEE

d. Medicatie

JA NEE

74: Heeft u momenteel hulp thuis?

JA NEE

a. Mantelzorg?

JA NEE

.....
b. Thuiszorg?

JA NEE

.....
c. Wijkverpleging?

JA NEE

75: Heeft deze opname consequenties voor de thuissituatie

JA NEE

Handtekening patiënt:

Datum:

