



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 Nee*
 Indien nee, opname avond voor* of de ochtend van de ingreep*

2. Is uw kind allergisch aan: 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 Nee*
 Zo ja, welke?

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

Heeft uw kind last van reisziekte? Ja Nee*

6. Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? Ja Nee*
 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 ... Kunststanden? 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

