

PREOPERATIEF DOSSIER ANESTHESIOLOGIE :

Geplande ingreep*:

Lokalisatie* : L / R

Heelkundig*:

Datum van de ingreep*:

Datum van opname*:

* = in te vullen door de chirurg

U

Uw telefoon nummer:

*Om in te vullen **VOOR** de raadpleging. Als u beschikt over andere medische informatie (recente examens gedaan bij uw huisarts of uw specialiste, zoals bloedafnamen of radiografieën, ofwel medisch dossier), gelieve dit mee te brengen. Als u twijfelt, kunt u steeds naar uw huisarts gaan om u te helpen bij het invullen van dit formulier of voor een kopie van uw examens.*

ANAMNESE

Leeftijd :

Gewicht :

Lengte :

Hebt u reeds een heelkundige ingreep ondergaan ?

Ja

Neen

Zo ja, welke ?.....

.....
.....
.....

Waren er problemen tijdens de ingreep ?

Ja

Neen

Zo ja, welke ?.....

.....
.....

Heeft men u problemen gemeld tijdens de anesthesie ?

Ja

Neen

Zo ja, welke ?.....

Is er een familielid die problemen heeft gehad tijdens een anesthesie ?

Ja

Neen

Werd u gehospitaliseerd om medische redenen ?

Ja

Neen

Zo ja, welke ?.....

.....
.....
.....

Hebt u ooit hartproblemen gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hartkloppingen ?		
Angina pectoris ?		
Hartgeruis ?		
Infarct ?		
Verhoogde bloeddruk ?		
Lage bloeddruk ?		
Bent u snel in ademnood ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
In rusttoestand ?		
Na een lichte inspanning ?		
Na 1 verdieping ?		
Na meerdere verdiepingen ?		
Hebt u ademhalingsmoeilijkheden tijdens de nacht ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u gezwollen enkels (of voeten) ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u reeds flebitis of een longembolie gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, wanneer ?.....		
Lijdt u aan astma ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Indien ja, frequentie van de aanvallen ?		
Wanneer was de laatste aanval ?.....		
Hebt u onlangs een longinfectie of een infectie van de bronchiën gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hoest u momenteel ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Lijdt u aan chronische bronchitis ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Rookt u ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag ? Sinds wanneer ?		
Rookt u iets anders dan sigaretten ?		
Hebt u last van slaapapneu ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u ooit geelzucht gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u reeds hepatitis gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Verbruikt u regelmatig alcohol, wijn of bier ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke hoeveelheden ?		
Gebruikt u drugs ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke ?.....		
Was u onlangs in contact met iemand die aan een besmettelijke ziekte leed ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke ?.....		
Hebt u een maagzweer gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Lijdt u aan diabetes ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke geneesmiddelen neemt u ?.....		
Lijdt u aan een schildklierandoening ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u ooit syncopes gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Hebt u ooit stuip trekkingen of epilepsie aanvallen gehad ?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

