



Heb je <b>hartklachten</b> ? (beklemmend gevoel of pijn op de borstkast, hartinfart, hartkloppingen.....) Welke?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je soms last van een te hoge bloeddruk of word je hiervoor behandeld? Welke last? Welke medicatie? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je soms last van een te lage bloeddruk?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Ben je vlug kortademig, voel je je vlug benauwd bij inspanningen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Ben je vlug kortademig of voel je je vlug benauwd bij rust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je soms gezwollen benen en/of voeten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je last van spataders?(varices)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je ooit flebitis gehad? (ontsteking bloedvat)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Heb je <b>ademhalingsproblemen</b> ? Zo ja, welke? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je vroeger een zware longaandoening doorgemaakt? Zo ja, welke? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je last van astma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je last van chronische bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je ooit een longembolie gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Moet je fluimen ophoesten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Ben je momenteel verkouden? Of heb je de griep?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Ben je in behandeling <b>voor suikerziekte of diabetes</b> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Krijg je hiervoor inspuitingen? Zo ja gelieve hier het product, aantal eenheden en tijdstip te vermelden: .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....		

Ben je in behandeling voor epilepsie (vallende ziekte)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je ooit een hersenbloeding/hersenthrombose gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je aan multiple sclerose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je last van duizeligheid, evenwichtsproblemen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je een spierziekte? (bv Myastenia gravis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je last van depressie, slapeloosheid?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je aan de ziekte van Parkinson?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Voel je je heel erg angstig of zenuwachtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Heb je bloedstollingsstoornissen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je aan hemofilie, porfyrie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je of heb je aan leukemie geleden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je ooit een bloedtransfusie gekregen? Zo ja, wanneer? En waarom?..... Heb je tijdens die bloedtransfusie ooit een reactie vertoond?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je regelmatig neusbloedingen, tandvleesbloedingen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je bloedarmoede? IJzertekort?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bloed je lang na een verwonding?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Heb je ooit geelzucht (hepatitis) gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je een schildklierandoening?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je een oogziekte? Zo ja welke? ..... Glaucoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je aan AIDS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Lijd je aan een nierziekte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Was je ooit in behandeling voor rheuma, artrose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Was je ooit in behandeling voor rug- of neklachten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Lijd je aan een andere aandoening? Zo ja, kun je wat meer uitleg geven:.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

<b>Ben je overgevoelig of <b>allergisch</b> aan:</b>		
Medicijnen? Zo ja :welke? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Kleefpleister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Latex (ballonnen, elastiekjes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Anesthesieproducten, Xylocaine. Welke?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Jodium?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Fruit, groenten, planten? Welke?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Metalen (bv.nikkel,...) Welke?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Huisstofmijt, graspollen, berkenpollen, tabak	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Honden en/of kattenhaar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien je allergisch bent aan één van bovenstaande producten welke reactie vertoon je dan? (astma, neusloop, uitslag, huidpapels, gezwollen tong en aangezicht, shock) ..... .....		

<b>Gebruik je één van onderstaande producten of medicijnen? Of heb je die recent gebruikt?</b>					
Alcohol (wijn,bier,sterke dranken) Zo ja, hoeveel glazen per dag?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Ticlid, Plavix	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Tabak Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Aspirine, Aspegic, Aspro, Afebryl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Amfetaminen, XTC, cannabis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Perdolan,Dispril,Dolviran, Solupsa	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heroïne, cocaïne, ketamine,morfine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Asaflow	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Eetlustremmers?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Fraxiparine, Fraxodi,Clexane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Glucophage, Methformine,Methformax?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Marcoumar,Sintron	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

<b>Enkel voor VROUWEN</b>		
Heb je kinderen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Waren er problemen tijdens een zwangerschap of bevalling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Ben je mogelijks zwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruik je de pil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Rook je?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heb je overvloedige en/of langdurige maandstonden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

<b>Heb je</b>		
Losse tanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
kunstgebit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Stifttanden? Tandprothesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bril?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Contactlenzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Hoorapparaat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

## Belangrijke richtlijnen

### Voor de operatie en bij opname

- **Medicijnen** voor hart- en vaatproblemen (ook hoge bloeddruk), voor longaandoeningen (puffjes), schildklieraandoeningen en epilepsie neem je best zo lang mogelijk door, ook op de ochtend van de operatie mag je die met een klein slokje water nemen. Bloedverdunners zoals Ticlid en Plavix, Sintrom en Marcoumar en Aspirine, Asaflow en andere salicylaten moeten op tijd gestopt worden en eventueel vervangen worden door prikjes in de buik. Of je de medicatie moet stoppen, wanneer je die moet stoppen en of ze vervangen moet worden, kun je best navragen bij je huisarts. Ga wel op tijd naar je huisarts want Ticlid en Plavix en de salicylaten worden best 10 dagen preoperatief gestopt. Pillen en insuline bij suikerziekte mag je nemen tot de dag voor de operatie, de dag van opname moet je die stoppen. Mao-inhibitoren (zoals Aurorix en Nardelzine) moet je 2 tot 3 weken voor een ingreep stoppen. Vraag aan je huisarts om een vervangmiddel voor te schrijven.
- Je moet **nuchter zijn**: je mag gedurende zes uur voor de operatie niet meer eten, drinken of roken, dit geldt zowel voor ingrepen onder algemene of regionale verdoving.
- **Juwelen, waardevolle voorwerpen** laat je best thuis.
- **Piercings** moeten verwijderd worden. Ook **make-up, lippenstift, nagellak en kunstnagels** dien je te verwijderen.
- **Vals gebit, bril, hoorapparaat en contactlenzen** laat je achter op de kamer, tenzij je zonder hoorapparaat niks meer hoort.

### Na de operatie en bij ontslag

- De eerste 24 u na de narcose mag je niet met een auto, bromfiets of fiets rijden, mag je ook geen gevaarlijke machines bedienen en geen belangrijke beslissingen nemen. Bij een daghospitalisatie (als je dezelfde dag naar huis mag) , regel je dus best vooraf wie je terug thuis zult brengen.
- Je mag enkel het ziekenhuis verlaten onder begeleiding van een volwassene.
- De eerste 24 u na de operatie mag je niet alleen blijven.

## TOELATING TOT NARCOSE

**Ik ondergetekende** ..... **verklaar de vragenlijst naar waarheid ingevuld te hebben en de richtlijnen gelezen te hebben.**

**Ik geef hierbij de toelating om mij lokaal, regionaal of algemeen te verdoven en geef ook toelating voor de eventuele voorbereidende en begeleidende maatregelen.**

**Datum**.....

**Handtekening**.....

