

DIENST ANESTHESIE

Gelieve deze vragenlijst en toestemmingsformulier zo correct mogelijk in te vullen en te overhandigen aan de hoofdverpleegkundige / verpleegkundige bij opname, zodat wij de best mogelijke zorg kunnen verlenen tijdens de anesthesie, aangepast aan de persoonlijke gezondheidstoestand van uw kind.

Naam: _____ Voornaam: _____		Geplande ingreep: <input type="checkbox"/> Rechts / <input type="checkbox"/> Links
Geboortedatum: _____ Prematuur: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN		_____
Lichaamslengte: _____ cm Gewicht: _____ kg		_____
Bloedgroep: _____ Huisarts: _____		Chirurg: _____



Is uw kind allergisch voor latex (bv. balonnen, rubber, enz.)? JA NEEN
 Indien "JA", verwittig uw behandelende geneesheer in az groeninge.



Werd uw kind vroeger reeds geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving? JA NEEN
 Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen?

In: _____ Voor: _____

In: _____ Voor: _____

In: _____ Voor: _____

In: _____ Voor: _____

Wanneer gebeurde de laatste ingreep in ons ziekenhuis? In: _____

Had een familielid ooit problemen met verdoving? JA NEEN
 Zo ja, omschrijf nauwkeurig:

Heeft uw kind bij een vorige verdoving op een ongewone manier gereageerd? JA NEEN
 Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof:

Heeft uw kind een hartziekte? JA NEEN
 Zo ja, omschrijf nauwkeurig: _____

Is uw kind vlug kortademig? JA NEEN

Heeft uw kind ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? JA NEEN

Zo ja, omschrijf nauwkeurig: _____

Is uw kind in behandeling voor suikerziekte? JA NEEN
 Als dit het geval is, gelieve dan hieronder de gebruikte medicatie aan te vullen:

Gebruikt uw kind insuline? JA NEEN
 Geef soort / dosis en uurregeling:

Is uw kind momenteel in behandeling voor een zenuwziekte? JA NEEN

Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Is uw kind momenteel in behandeling voor een oogziekte? JA NEEN

Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Heeft uw kind onlangs (laatste maand) griep gehad? JA NEEN

Is uw kind onlangs verkouden geweest? JA NEEN

Lijdt uw kind aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? JA NEEN

Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Neemt uw kind geneesmiddelen? JA NEEN

Geef naam, dosis en zo mogelijk tijdstip van inname: -----

Blijft uw kind na een verwonding of tandextractie lang bloeden? JA NEEN

Kreeg uw kind vroeger reeds bloed toegediend? JA NEEN

Als dit het geval was, beschrijf dan nauwkeurig waarom en wanneer dit plaatsvond: -----

Heeft uw kind tijdens deze of een voorgaande bloedtoediening ooit een reactie vertoond? JA NEEN

Als dit het geval was, beschrijf dan nauwkeurig: -----

Heeft uw kind losstaande tanden? JA NEEN

Draagt uw kind: JA NEEN

- contactlenzen? JA NEEN

- een hoorapparaat? JA NEEN

Werd bij uw kind ooit een prothese ingeplant? JA NEEN

Heeft uw kind beperktheden bij de uitvoering van bepaalde bewegingen die niet in verband staan JA NEEN

met de operatie? Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Zijn er medicijnen die uw kind niet verdraagt, waar het allergisch op reageert? JA NEEN

Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Is uw kind allergisch voor vruchten / groenten zoals banaan, kiwi, JA NEEN

avocado, tropische vruchten, tomaten ...?

Is de huid van uw kind gevoelig voor sparadrap (= kleefband) JA NEEN

of voor bepaalde ontsmettingsstoffen? Zo ja, omschrijf nauwkeurig: -----

Indien u nog bijkomende opmerkingen of aanvullingen wenst te maken, kan u dit hieronder noteren.

Indien uw kind de dag van opname geopereerd wordt, dan moet hij/zij nuchter zijn. Dit wil zeggen:

VOOR KINDEREN (2-4-6 regel)
Geen vaste voeding (inclusief flesvoeding) vanaf 6 uur vóór de ingreep.
Glas water mag tot 2 uur vóór de ingreep.
Borstvoeding mag tot 4 uur vóór de ingreep.

Deze lijst werd ingevuld door

- de vader, moeder, voogd
- de huisarts
- de geneesheer-specialist
- de vader, moeder, voogd met hulp van de verpleegkundige

Indien u op voorhand een consultatie wenst bij een anesthesist, dan kan u met ons contact opnemen:

t. 056 63 30 35
t. 056 63 30 30

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik, ondergetekende: _____, vader*, moeder*, voogd* van _____ geef de toelating voor een heelkundige ingreep onder algemene of plaatselijke verdoving bij mijn minderjarige zoon of dochter.

Ik zal de richtlijnen in verband met de voorbereiding van de operatie en de nazorg strikt opvolgen.

- Ik geef toestemming voor transfusie van bloedproducten indien medisch noodzakelijk (schrappen indien niet akkoord)
- Ik geef toestemming om de medische gegevens anoniem te gebruiken bij retrospectief onderzoek (schrappen indien niet akkoord)

Ik heb zorgvuldig de preoperatieve vragenlijst ingevuld en alle vragen goed begrepen.

Mijn kind zal volstrekt nuchter zijn voor de operatie. Ik heb begrepen dat het verboden is te eten of te snoepen vanaf 6 uur voor de operatie. De ochtend van de operatie zal mijn kind zijn/haar medicatie innemen tenzij anders voorgescreven door de behandelende arts.

De eerste 24 uur na de ingreep zal mijn kind niet fietsen.
Er zal thuis iemand aanwezig zijn de eerste 24 uur na de operatie.

Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening:

* schrappen wat niet van toepassing is