



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.

1. Persoonsgegevens:

Externe sticker

Leeftijd: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

2. Operatiegegevens: (in te vullen door poli medewerkers)

Datum preoperatief onderzoek: \_\_\_\_\_

Geplande verrichting: \_\_\_\_\_

3. Is uw kind recent - korter dan 6 maanden - op de poli Anesthesie van het azM geweest?

Ja  Nee

Zo **NEE** Ga verder met de vragenlijst bij vraag 4.

Zo **JA** Is er in uw **gezondheidstoestand** sinds dit laatste bezoek nog iets **veranderd**?

**NEE** U kunt nu stoppen met het invullen van de vragenlijst en afsluiten met de datum in te vullen en uw handtekening te zetten op pagina 3. U kunt naar huis zonder verder onderzoek.

**JA** Geef kort aan wat er veranderd is en ga verder met vragenlijst bij vraag 4.

.....

.....

.....

4. Is er een achterstand in ontwikkeling en/of groei van uw kind?  Ja  Nee

5. Is uw kind sneller kortademig of moe dan leeftijdgenootjes?  Ja  Nee

Zo JA, bij welke activiteit

6. Is uw kind afgelopen 2 weken ziek geweest?  Ja  Nee

Zo JA, met welke klachten

7. Is uw kind de afgelopen 3 weken in contact geweest met een kinderziekte?  Ja  Nee

Zo JA, welke:

.....

8 Heeft uw kind onlangs een vaccinatie gehad of moet het binnenkort gebeuren?  Ja  Nee

Zo JA, wanneer:

9 Heeft uw kind ooit stuipen/ epilepsie gehad?  Ja  Nee

Zo JA, wanneer:

10 Heeft uw kind een syndroom - aangeboren afwijking?  Ja  Nee

Zo JA, welk:

---

11 Heeft uw kind last van lang nabloeden of bloeduitstortingen?  Ja  Nee

12 Heeft uw kind veel spontane neusbloedingen?  Ja  Nee

13 Heeft uw kind spontane tandvleesbloedingen?  Ja  Nee

14 Heeft uw kind veel last van grote bloeduitstortingen bij ongevallen?  Ja  Nee

---

15 Is het kind vaak in een rokerige omgeving?  Ja  Nee

---

16. Komt één van volgende ziekten in de familie van het kind voor:

• Spierziekte  Ja  Nee

• Bloedingziekte  Ja  Nee

• Wiegendood  Ja  Nee

• Ernstige reactie op narcose  Ja  Nee

Zo JA, welke:

---

17. Heeft uw kind ooit eerder narcose gehad?  Ja  Nee

Zo JA, a. waarvoor:

.....  
.....

b. wanneer:

18. Waren er ooit complicaties bij een narcose?  Ja  Nee

Zo JA, welke:

---

19. Gebruikt uw kind medicijnen?  Ja  Nee

Zo JA, geef aan welke.

Naam medicijn

Dosis

Tijdstip gebruik

Naam medicijn	Dosis	Tijdstip gebruik
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

---

20. Gebruikt uw kind homeopathische- en/of kruidengeneesmiddelen?  Ja  Nee

Zo JA, geef aan welke.

Naam medicijn

Dosis

Tijdstip gebruik

Naam medicijn	Dosis	Tijdstip gebruik
.....	.....	.....
.....	.....	.....

---

21. Is uw kind overgevoelig voor:

a. Pleisters  Ja  Nee

b. Jodium  Ja  Nee

c. Latex/rubber (uitslag bij ballonnen blazen of na voedsel inname)  Ja  Nee

d. Antibiotica  Ja  Nee

f. Overigen:  Ja  Nee

Zo JA, welke reactie krijgt het:

---

.....

---

22. Heeft uw kind losse tanden?  Ja  Nee

Zo JA, geef aan welke →



---

23. Is uw kind onder behandeling of het afgelopen jaar onder behandeling geweest van:

a. Huisarts  Ja  Nee

Zo JA, waarvoor

b. Kinderarts  Ja  Nee

Zo JA, waarvoor

Naam kinderarts:

Naam ziekenhuis:

c. Een andere specialist dan de specialist die uw kind nu gaat opereren?  Ja  Nee

Zo JA, waarvoor

Naam specialist:

Naam ziekenhuis:

---

24. Is de reistijd tot het ziekenhuis meer dan 2 uur?  Ja  Nee

25. Is er iemand die de eerste 24 uur na de operatie bij het kind kan zijn?  Ja  Nee

---

26. Gaat u akkoord met het toedienen van bloed(producten), indien dit medisch gezien noodzakelijk is?  Ja  Nee

27. Heeft het kind eerder een bloedtransfusie gehad?  Ja  Nee

28. Heeft het kind een bloedgroepkaartje?  Ja  Nee

---

**Indien uw kind jonger is dan 2 jaar gaat u verder met vraag 29, anders kunt u verder gaan met vraag 35.**

29. Is uw kind te vroeg geboren?  Ja  Nee

Zo JA, bij hoeveel weken:

30. Is het kind beademd geweest?  Ja  Nee

31. Heeft het kind thuis zuurstof (gehad)  Ja  Nee

32. Waren er andere bijzonderheden rond de geboorte?  Ja  Nee

Zo JA, welke

33. Wordt het kind bleek en zweterig of blauw tijdens het drinken?  Ja  Nee

34. Groeit uw kind goed?  Ja  Nee

---

35. Heeft u de patiëntenvoorlichtingsfolder ontvangen?  Ja  Nee

36. Zijn er verder nog bijzonderheden te vermelden?  Ja  Nee

Zo JA, welke

U mag na ondertekening de ingevulde vragenlijst afgeven aan de balie en kunt u een afspraak maken voor verder onderzoek.

Handtekening ouder patiënt:

Datum:

