



OLV Ziekenhuis

ANESTHESIOLOGIE

Campus Aalst
T. 053 72 43 05

Campus Asse
T. 02 300 62 72

Campus Ninove
T. 054 31 21 05

Formulier

Pre-operatieve vragenlijst

Naam:

Adres:

.....

.....

Naam huisarts:

.....

Contactpersoon:

.....

Voor welke operatie wordt u opgenomen?

.....

Indien van toepassing: gebeurt de operatie links of rechts?

.....

Hebt u reeds een operatie ondergaan?

Zo ja, welke?

.....

.....

Wanneer?

.....

.....

Welke verdoving? Algemeen – gedeeltelijk – plaatselijk

Waren er problemen voor, tijdens of na de operatie met:

Onwel zijn, braken?

.....

Moeilijk wakker worden?

.....

Andere?

.....

Wat is uw bloedgroep:

.....

Had u reeds een bloedtransfusie?

.....

Waren er moeilijkheden?

.....

Rookt u?

.....

Hoeveel? Wat?

.....

Gebruikt u alcohol?

.....

Hoeveel? Wat?

.....

Gebruikt u drugs?

.....

Welke? Hoe frequent?

.....

Campus Aalst
Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. 053 72 41 11
F. 053 72 45 86

Campus Asse
Bloklaan 5
1730 Asse
T. 02 300 61 11
F. 02 300 63 00

Campus Ninove
Biezenstraat 2
9400 Ninove
T. 054 31 21 11
F. 054 31 21 21



- Gebruikt u kalmeer- of slaappillen?
.....
 - Welke? Hoe frequent?
 - Neemt u pijnstillers?
.....
 - Welke? Hoe frequent?
 - Bent u overgevoelig aan bepaalde stoffen?
.....
 - Bent u allergisch aan geneesmiddelen, pleisters, ontsmetting, latex?
Zo ja, beschrijf:
 - Blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?
.....
 - Hebt u gemakkelijk blauwe plekken?
.....
 - Zijn er stollingsproblemen in de familie?
.....
 - Neemt u bloedverduunners (Sintrom, Marcoumar, Plavix, Ticlid) of aspirines?
.....
 - Welke?
 - Wanneer zijn ze gestopt?
 - Wanneer wordt het stoppen gepland?
 - Welke medicatie neemt u dagelijks? Welke dosis?
 -
 -
 -
 -
 -
 -
- Lijdt u aan één van de volgende ziekten? Waar mogelijk specificeer. Hoe lang reeds?
- Hartziekte?
.....
 - Hebt u soms gezwollen enkels of voeten?
.....
 - Moet u 's nachts vaak plassen?
.....
 - Hoge bloeddruk, lage bloeddruk?
.....
 - Longziekte, astma, chronische bronchitis?
.....
 - Maag- darmziekte?
.....



- Spier- of gewrichtsziekte?
.....
- Epilepsie?
.....
- Suikerziekte? Krijgt u inspuitingen?
.....
- Schildklierproblemen?
.....
- Huidziekten?
.....
- Zenuwaandoeningen?
.....
- Infecties?
.....
- HIV?
.....
- Oogziekten? (glaucoom?)
.....
- Rug- hals of kaakproblemen?
.....
- Bent u soms kortademig? In rust? Bij inspanning? Kan je trappen doen?
.....
- Hebt u spataders? Ooit flebitis gehad?
.....
- Voor kinderen jonger dan één jaar:
 - Was er vroegtijdige geboorte?
.....
 - Problemen bij de geboorte?
.....
- Voor de dames.
 - Bent u zwanger?
.....
- Draagt u
 - Valse tanden?
.....
 - Zijn er loszittende tanden?
.....
 - Contactlenzen?
.....
 - Hoorapparaat?
.....
 - Prothesen thv heup of knie?
.....
 - Pacemaker? Defibrillator?
.....

Klinisch onderzoek

- Gewicht:
- Lengte:
- Longauscultatie:
- Hartauscultatie:
- Bloeddruk: