



Medische vragenlijst t.b.v. screening anesthesiologie

Persoonsgegevens van uw kind:

Naam : _____ m / v
 Adres : _____
 Postcode : _____
 Woonplaats : _____
 Geb.datum : _____
 BSN : _____
 Telefoon : _____
 Emailadres : _____
 Huisarts : _____ Adres: _____
 Verzekering : _____
 Nummer : _____

Lengte : _____ Gewicht: _____

Huidige behandelingen en medicatie:

	ja	nee
Is uw kind momenteel onder behandeling van uw huisarts / specialist?	0	0
Reden : _____		

	ja	nee
Gebruikt uw kind medicijnen ?	0	0
Welke : _____		

	ja	nee
Is uw kind allergisch voor:		
Latex :	0	0
Penicilline :	0	0
Jodium :	0	0
Soja :	0	0

Overige allergieën:	0	0
Welke : _____		

Hart en ademhaling:

Is er ooit een hartziekte bij uw kind geconstateerd?

ja	nee
0	0

Zo ja, wat? _____

Heeft uw kind wel eens een hartinfarct gehad?

0	0
---	---

Is uw kind momenteel onder controle van een cardioloog?

0	0
---	---

Heeft uw kind wel eens pijn of een beklemmend gevoel op de borst?

0	0
---	---

Zo ja, treedt dat op telkens na lichamelijke inspanning?

0	0
---	---

Na hoeveel etages traplopen is uw kind kortademig? ≤1 2 3 4 ≥5
(omcirkelen aub)

Is uw kind kortademig als het plat in bed ligt?

0	0
---	---

Is er ooit astma bij uw kind geconstateerd?

0	0
---	---

Is er ooit chronische bronchitis of COPD bij uw kind geconstateerd?

0	0
---	---

Is uw kind momenteel onder behandeling van een longarts?

0	0
---	---

Piept uw kind geregeld op de borst?

0	0
---	---

Heeft uw kind last van hoesten en geeft daarbij slijm op?

0	0
---	---

Gebruikt uw kind pufjes voor de longen?

0	0
---	---

Zo ja, welke en hoe vaak? _____

Overige aandoeningen en problemen:

ja	nee
----	-----

Heeft uw kind problemen met :

Hoge bloeddruk

0	0
---	---

Buik

0	0
---	---

Ledematen

0	0
---	---

Anders, namelijk: _____

Heeft uw kind in het verleden trombose of een longembolie doorgemaakt?

0	0
---	---

Zo ja, wanneer was dat? _____

Was de trombose of longembolie spontaan ontstaan?

0	0
---	---

Eventuele reden voor ontstaan trombose/longembolie: _____

Is uw kind wel eens eerder geopereerd?

0	0
---	---

Datum en soort operatie?

Heeft uw kind toen nabloedingen gehad?

0	0
---	---

Heeft uw kind toen problemen ondervonden met de narcose?

0	0
---	---

Wat waren die problemen?

	ja	nee
Heeft uw kind toen problemen ondervonden met de ruggenprik?	0	0
Wat waren die problemen?		
<hr/>		
Heeft uw kind een aandoening aan de schildklier?	0	0
Zo ja, wanneer was de schildklier voor het laatst gecontroleerd in het bloed?		
Datum laatste controle schildklier: _____		
Was de uitslag toen in orde?	0	0
Heeft uw kind suikerziekte?	0	0
Zo ja, gebruikt u:		
insuline	0	0
Tabletten	0	0
Heeft uw kind last van brandend maagzuur?	0	0
Heeft uw kind epilepsie?	0	0
Zo ja, hoelang is uw kind klachtenvrij?		
<hr/>		
Heeft uw kind hepatitis, geelzucht of een leverziekte (gehad)?	0	0
Zijn er wel eens problemen geweest met de nieren van uw kind?	0	0
Wat waren die problemen? _____		
Is de functie van de nieren nu wel goed?	0	0
Heeft uw kind wel eens een hersenbloeding of beroerte gehad?	0	0
Zo ja, wat voor restverschijnselen heeft uw kind hier aan overgehouden?		
<hr/>		
Heeft uw kind multiple sclerose of een andere zenuwaandoening?	0	0
Zo ja, wat voor uitval heeft uw kind? _____		
Is uw kind rolstoelafhankelijk?	0	0
Heeft uw kind rugklachten of gewrichtsklachten (b.v. reuma)?	0	0
Heeft uw kind last van een stijve nek of moeite met uw hoofd bewegen?	0	0
Heeft uw kind recent een infectie gehad?	0	0
Wat voor infectie?		
<hr/>		
Tandarts:	ja	nee
Heeft uw kind ooit problemen ondervonden met verdoving bij de tandarts?	0	0
Wat voor probleem was dit?		
<hr/>		

	Ja	nee
Heeft uw kind moeite met het volledig openen van uw mond?	0	0
Heeft uw kind moeite met slikken?	0	0
Heeft uw kind een prothese in de mond?	0	0
Heeft uw kind loszittende tanden?	0	0

Bloedtransfusie:

	ja	nee
Heeft uw kind wel eens een bloedtransfusie gehad?	0	0
Wanneer en waarvoor?		

Heeft u, ook in geval van nood, bezwaren tegen een bloedtransfusie?	0	0
Heeft uw kind last van spontane blauwe plekken of lang nabloeden?	0	0

Familie:

	ja	nee
Komen er bijzondere ziektes in de familie voor?	0	0
Zo ja, welke?		

Zijn er familieleden die een probleem hebben gehad met narcose?	0	0
Zo ja, wat voor probleem?		

Zijn er familieleden met problemen vd bloedstolling?	0	0
Zijn er familieleden met bloedziekten?	0	0
Zijn er familieleden die trombose of een longembolie hebben gehad?	0	0
Zo ja, bij welk familielid?		
Komen er in de familie erfelijke zenuwziekten of spierziekten voor?	0	0
Zo ja, welke ziekte bij welke familielid?		

Heeft uw kind een bepaald syndroom of genetische afwijking?	0	0
Zo ja, welke syndroom of genetische afwijking?		

Beweging

	ja	nee
Doet uw kind aan sport?	0	0
Aantal maal per weekxmin		
Heeft u bezwaar tegen het eventueel opvragen van medische informatie bij uw huisarts of specialist?	0	0
Zijn er nog punten die in de vragenlijst niet naar voren zijn gekomen?	0	0
Zo ja, wat voor extra informatie wilt u geven?		

MRSA/BRMO*

	ja	nee
Is uw kind het afgelopen jaar opgenomen geweest in het buitenland? (Hier hoort ook bij een ziekenhuis in België of Duitsland)	0	0
Is uw kind recent op een veehouderij geweest	0	0
Komt uw kind regelmatig in contact met vee?	0	0
Heeft uw kind een BRMO* op of in het lichaam?	0	0
Heeft uw kind het afgelopen jaar op een afdeling gelegen waar een BRMO* uitbraak was?	0	0
Komt uw kind regelmatig in contact met iemand die een BRMO* heeft?	0	0
(*BRMO = een Bijzonder Resistent Micro Organisme, meestal een bacterie)		

Contactpersoon:

Wie kunnen wij bellen bij eventuele bijzonderheden:

Naam: _____ Telnr: _____

Zijn of haar relatie tot uw kind: _____

Ondertekende ouder/verzorger verklaart hierbij het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Naam:

Handtekening: