



bernhoven

Anesthesievragenlijst voor volwassenen

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Formulier ingevuld op (datum): _____

Wij verzoeken u vriendelijk dit formulier zo snel mogelijk ingevuld op te sturen naar het Poliklinisch Preoperatief Onderzoek (PPO).

Heeft u moeite met het spreken en/of begrijpen van de Nederlandse taal? Ja Nee

Vindt u het goed als er een telefonisch onderzoek plaatsvindt als dat mogelijk is? Ja Nee

Gebruikt u pijnstillers zonder recept? Ja Nee

 Zo ja, welke? _____

Gebruikt u St. Janskruid? Ja Nee

Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

 Zo ja, vraag uw Actueel Medicatie Overzicht (AMO) aan bij uw apotheek.

Controleer uw AMO met uw huidige medicatie en pas deze zo nodig aan, dat kan samen met uw eigen apotheker. Neem de originele AMO mee naar de afspraak met de medicatieverificatie.

Bent u ooit eerder geopereerd? Ja Nee

 Zo ja, waaraan?

Waaraan / aandoening	Wanneer	Welke narcose heeft u gehad? <i>(algeheel / ruggenprik / blokverdooving)</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Heeft u ooit problemen gehad bij verdooving of narcose? Ja Nee

 Zo ja, welk probleem? _____

Zijn er in uw familie mensen met een spierziekte? Ja Nee

 Zo ja, welke spierziekte? _____

Zijn er in uw familie mensen die problemen met stolling van het bloed hebben? Ja Nee

 Zo ja, welk probleem? _____

Zijn er in uw familie mensen met Maligne Hyperthermie? (= levensbedreigende erfelijke complicatie bij gebruik van bepaalde anesthesiemiddelen) Ja Nee

Bent u onder behandeling bij uw huisarts of specialist voor een bepaalde ziekte? Ja Nee

Zo ja, welke ziekte? _____

Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen, zoals antibiotica / jodium / latex / rubber / soja / pinda? Ja Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Gebruikt u alcohol? Ja Nee

Zo ja, hoeveel glazen per week? _____

Rookt u? Ja Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten/sigaren per dag? _____

Gebruikt u drugs? _____ Ja Nee

Zo ja, welke en hoeveel per week? _____

Wat voor een activiteiten zou u **maximaal** kunnen doen? (graag cijfer omcirkelen)

1. Rustig zitten eten
2. Rustig wandelen, autorijden, televisie kijken, koken, uzelf wassen of scheren
3. Rustig wandelen (4 km/u), boodschappen doen, rustig fietsen, stofzuigen
4. Douchen, trappen aflopen, fietsen in middelmatig tempo, lichte gymnastiek
5. Boodschappen doen met zware tas, tegen de wind in fietsen, wandelen in middelmatig tempo
6. Trappen oplopen, lichte aerobics
7. Lichte helling oplopen, flink doorfietsen (16 km/u), flink doorwandelen (8 km/u)
8. Rustig hardlopen, snel fietsen (20 km/u), intensieve aerobics
9. In flink tempo hardlopen
10. Sporten op hoog niveau

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja Nee

Heeft u wel eens last van hartkloppingen? Ja Nee

Heeft u wel eens last van drukkende pijn op uw borst? Ja Nee

Heeft u een pacemaker? Ja Nee

Heeft u een hartafwijking? Ja Nee

Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Ja Nee

Zo ja, wanneer? _____

Bent u kortademig bij inspanning zoals traplopen? Ja Nee

Heeft u een longziekte (astma / COPD / longemfyseem)? Ja Nee

Heeft u de afgelopen zes weken een longontsteking gehad? Ja Nee

Heeft u de afgelopen drie maanden COVID gehad? Ja Nee

Moet u regelmatig hoesten? Ja Nee

Zo ja, geeft u hierbij slijm op? Zo, ja welke kleur? _____

Heeft u de afgelopen 3 maanden een prednisonkuur gehad voor uw longen? Ja Nee

Zo ja, wanneer was de laatste dag van deze kuur? _____

Snurkt u hard (harder dan praten, of hard genoeg om het te horen met de deur dicht)? Ja Nee

Bent u moe of voelt u zich slaperig gedurende de dag? Ja Nee

Heeft iemand gehoord dat u stopt met ademen tijdens het slapen? Ja Nee
Heeft u obstructief slaapapneu syndroom (OSAS)? Ja Nee
Zo ja, heeft u een CPAP apparaat of een MRA beugel? Ja Nee

Heeft u last van maagklachten? Ja Nee
Heeft u een nieraandoening? Ja Nee
Heeft u een hersenbloeding of herseninfarct gehad? Ja Nee
Zo ja, wanneer? _____
Heeft u ooit een epileptische aanval gehad? (ook wel toeval of insult genoemd) Ja Nee
Zo ja, wanneer? _____
Heeft u suikerziekte (diabetes)? Ja Nee
Heeft u een schildklierziekte? Ja Nee
Heeft u een neurostimulator? Ja Nee

Heeft u snel last van blauwe plekken? Ja Nee
Heeft u last van nabloeden, bijvoorbeeld na het trekken van tanden? Ja Nee
Heeft u ooit trombose en/of longembolie gehad? Ja Nee

Zou u zwanger kunnen zijn? n.v.t. Ja Nee
Bent u drager van een besmettelijke ziekte, bijvoorbeeld HIV / AIDS / Hepatitis? Ja Nee
Heeft u de afgelopen weken een vaccinatie gehad, bijvoorbeeld griep, COVID? Ja Nee
Zo ja, wanneer? _____

Wat is uw lengte? _____ cm
Wat is uw gewicht? _____ kg

Zijn er bijzonderheden aan uw gebit? (graag omcirkelen wat van toepassing is)

Gebitsprothese	boven / onder
Plaatje	boven / onder
Loszittende tanden	boven / onder
Voortandreparatie	boven / onder
Afbrokkelende tanden/kiezen	boven / onder
Kronen/Implantaten	boven / onder
Vaste beugel	boven / onder

Heeft u moeite om uw mond wijd open te doen? Ja Nee
Heeft u last van bewegingsbeperkingen van de nek? Ja Nee

De volgende 2 vragen hoeft u alleen te beantwoorden als u in dagbehandeling geopereerd wordt:

Is er een volwassene die u na de operatie naar huis begeleidt? Ja Nee
Is er een volwassene die u na de operatie de eerste 24 uur thuis kan opvangen? Ja Nee

Ruimte voor eventuele vragen en/of opmerkingen _____

Bovenstaande informatie is geschreven samen met artsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen van de genoemde afdeling(en). De afdeling communicatie & patiëntenvoorlichting verzorgt de eindredactie van deze folder.

Heeft u vragen en/of opmerkingen over deze folder? Belt u dan met de genoemde afdeling(en) of stuur een e-mail naar PatiëntService, psb@bernhoven.nl.

Bernhoven

Nistelrodeseweg 10
5406 PT UDEN

Postbus 707
5400 AS UDEN

T: 0413 - 40 40 40
E: communicatie@bernhoven.nl
I: www.bernhoven.nl