

KAMER:

**DATUM INGREEP:**

CHIRURG:

DIENST ANESTHESIE

**Pre-operatieve vragenlijst KIND**

De gevraagde informatie dient uitsluitend om u de beste zorgen te kunnen verlenen overeenkomstig de persoonlijke toestand van uw kind. Wees daarom eerlijk, en probeer zo duidelijk en volledig mogelijk te zijn. Uw antwoorden vallen onder het medisch geheim en worden dus strikt vertrouwelijk behandeld.

**Patiëntgegevens**

NAAM: .....

VOORNAAM: .....

ADRES: .....

HUISART: .....

GEBORTE DATUM: .....

GEWICHT (NU): .....

LENGTE: .....

TEMPERATUUR: .....

NUCHTER? .....

INDIEN NEE: TIJDSTIP LAATSTE VOEDING? .....

**Uw kind wordt verzocht vanaf 24 uur (middernacht) niets meer te eten of te snoepen.****Tussen 24 uur en 06 (zes) uur mag uw kind enkel nog gewoon water drinken, en dit met mate. Voor kleine baby's kan er een uitzondering gemaakt worden, maar alleen na afspraak met de arts. Na 06 uur moet uw kind volledig nuchter blijven.****Laat juwelen, spelden, kammen, ringen e.d. thuis. Doe uw kind losse kledij aan, en geef het gerust een vertrouwd voorwerp mee (knuffel, deken, speentje).**

- Voor welke operatie komt uw kind? .....  Links  Rechts?
- Hoe is de zwangerschap en de bevalling verlopen? .....
- Waren er problemen tijdens  de zwangerschap  bij de moeder  
 bij de bevalling  bij de baby
- Waren er daarna nog bijzondere problemen? .....  
*Denk bv. aan vroeggeboorte, te laag geboortegewicht, verblijf in de couveuse, ademhalingsproblemen*
- Werd uw kind eerder al geopereerd? .....
- Welke operaties, waarom, wanneer? .....
- Onderging uw kind al een algemene verdoving? ..... Waarom? .....
- Had uw kind na een vorige verdoving last van misselijkheid of braken? .....
- Vertoonde uw kind of een van de familieleden ongewone reacties na lokale, plaatselijke of algemene verdoving of na de premedicatie (siroopje vooraf)? .....
- Had uw kind na vorige operaties speciaal last van bloedingen of ademhalingsproblemen? Verklaar: .....
- Had uzelf of een van uw familieleden na vorige operaties / bevallingen speciaal last van bloedingen of ademhalingsproblemen? Verklaar: .....
- Kreeg uw kind eerder al bloed- of plasmatransfusies? .....
- Is uw kind overgevoelig voor of allergisch aan iets (product, medicijn, plant, dier)? .....

- Had uw kind ooit een ongeval? Welk? ..... Op welke leeftijd? .....
- Was uw kind ooit in coma? ..... Waarom? ..... Hoe lang? .....
- Lijdt uw kind aan een erfelijke aandoening? .....
- Heeft uw kind last van zijn hart? ..... Heeft het een hartziekte? ..... Neemt het hiervoor medicijnen? .....
- .....
- Heeft het last van ademhalingsproblemen, is het vlug kortademig of beklemd bij inspanning? .....
- Heeft het last van hooikoorts, astma, bronchitis? .....
- Neemt het hiervoor medicijnen? .....
- Rookt u als ouder? ..... Hoeveel? .....
- Staat uw kind bloot aan uw rook (leefruimte, keuken, slaapkamer), heeft het er last van, moet het daarvan hoesten? .....
- Heeft uw kind gemakkelijk koorts na een lichamelijke inspanning? .....
- Is uw kind in behandeling voor suikerziekte? .....
- Valt het gemakkelijk flauw? .....
- Is uw kind gemakkelijk angstig, nerveus? .....
- Heeft/had uw kind vandaag / gisteren / verleden week  verkoudheid of griep  
 koorts  
 neusloop
- Heeft het gemakkelijk blauwe plekken, bloedingen? ..... Ook spontaan? .....
- Neemt het bepaalde medicamenten? ..... Welke? .....
- Hoeveel? | .....
- Heeft het losstaande (melk)tanden? .....
- Is het links- of rechtshandig? .....
- Heeft uw kind schoolachterstand? .....
- Wenst u nog iets te vermelden? .....
- .....

Ondergetekende verklaart deze vragen naar waarheid, best vermogen en zo volledig mogelijk te hebben ingevuld en is zich bewust van de gevaren die kunnen voortvloeien uit onnauwkeurige, onvolledige of valse gegevens, en verschoont tevens het medisch handelen dat hiervan het gevolg zou zijn.

**Datum:** .....

**Naam & handtekening ouder/voogd:** .....

.....