

Voorzien voor **klever met identificatiegegevens**
(deze krijgt u bij opname)

ANAMNESE VOOR INGREEP

U kan deze **vragenlijst** invullen met **behulp van uw specialist of huisarts**.

Kolom voorbehouden voor de **verpleegkundigen**

▶ **Werd u VROEGER reeds geopereerd? Zo ja, waarom, wanneer en in welk ziekenhuis?** ja neen
(Specifiek voor patiënten met borstamputatie: meld links/rechts!)

géén manipulatie
 rechts links

.....
.....
.....
.....
.....

▶ **Waren er toen PROBLEMEN?** ja neen

overname zorgprobleem

Misselijkheid, braken? ja neen

Andere? Zo ja, welke? ja neen

Bent u gemakkelijk 'wagenziek'? ja neen

Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie? ja neen

Zo ja, welke problemen?

niet-roker?
 wagenziek

▶ **Bent u bekend met een HART- of VAATZIEKTE?** ja neen

Welke?

Onregelmatige hartslag? Hartkloppingen? Hartklepijden? Drukkend gevoel op de borst?

Gezwellen voeten? Kortademigheid bij inspanning?

Heeft u last van spataders? ja neen

Heeft u ooit flebitis gehad? ja neen

Heeft u ooit een operatie gehad t.h.v. een bloedvat? Welke?

Uw bloeddruk in normale omstandigheden is: / niet gekend

Heeft u een pacemaker? Zo ja, sedert / / (identificatiekaartje van pacemaker meebrengen) ja neen

Indien u in behandeling bent bij een cardioloog, naam: dr. ja neen

hartklepijden profylaxie?
 anti-flebitis kousen

hoge / lage BD
 pacemaker

▶ **Heeft u last van ADEMHALINGSSTOORNISSEN?** ja neen

(Piepende ademhaling, hooikoorts, astma of chronische bronchitis?)

Welke?

Zo ja, neemt u hiervoor aerosol of puffs? Welke?

Maakt u gebruik van zuurstoftherapie? Zo ja, hoeveel? O2 L / min ja neen

Gebruikt u een nasaal CPAP toestel? ja neen

COPD

▶ **Heeft u een SPIJSVERTERINGSPROBLEEM of MAAGLAST?** ja neen

Welk?

Vermeld ook eventuele aanwezigheid van maagring of uitgevoerde maagoperatie:

Heeft u last van maagzuur? Zo ja, neemt u hier reeds medicatie voor? ja neen

Heeft u last van misselijkheid of braken (eventueel na een vroegere operatie)? ja neen

maagzweer

ziek na narcose

▶ **Had of heeft u een aandoening van het BEWEGINGSSTELSEL?** ja neen

Welk?

Last van nekpijn? Zo ja, ook uitstralingspijn naar arm(en)? ja neen

Last van rugpijn? Zo ja, ook uitstralingspijn naar be(e)n(en)? ja neen

Werd u ooit behandeld voor reuma of artritis? Wanneer? ja neen

▶ Heeft u **LEVER-, GALBLAAS-, ALVLEESKLIER**problemen? ja neen
 Zo ja, welke?

▶ Heeft u een aandoening van de **URINEWEGEN? NIERZIEKTE?** ja neen
 Zo ja, welke?
 Zo ja, bent u in behandeling (geweest) voor deze nierziekte? ja neen

▶ Bent u bekend met een ziekte van het **ZENUWSTELSEL?** ja neen
 Lijdt u aan epilepsie (vallende ziekte)? Sedert? ja neen
 Heeft u een spierziekte? Verlamming? Tintelingen? Waar? ja neen
 Bent u ooit in behandeling geweest voor zenuwlijden? Waarvoor? ja neen

 Heeft u een neurostimulator? ja neen

▶ Heeft u problemen met de **STOLLING VAN HET BLOED?** ja neen
 Heeft u een stollingsziekte? Zo ja, welke?
 Heeft u hemofilie of een bloedziekte? ja neen
 Heeft u gemakkelijk blauwe plekken of spontane neusbloedingen? ja neen
 Neemt u medicatie om het bloed te verdunnen? Zo ja, welke? ja neen
 Bent u onlangs gestopt met deze medicatie? Wanneer?
 Heeft u de voorbije dagen pijnstillers genomen met 'salicylaten'? ja neen
vb Aspirine®, Aspro®, Perdolan compositum®, Dispril®, Asaflow®

▶ Heeft u **DIABETES** (suikerziekte)? ja neen
 Volgt u een suikervrij dieet? ja neen
 Bent u afhankelijk van insuline? ja neen
 Zo ja, wie spuit deze insuline? ja neen
 Wie controleert uw glycemie (suikergehalte) en wanneer?

▶ Heeft u **SCHILDKLIER**problemen? ja neen
 Zo ja, welke? ja neen

▶ **BIJKOMENDE** info

Bent u momenteel verkouden? Heeft u koorts? ja neen
 Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? (HIV/ hepatitis A,B,C, ...) ja neen
 Zo ja, welke?

Heeft u losse of slechte tanden? Zo ja, waar? ja neen
 Heeft u implantaten, kronen, een tandbrug? ja neen
 Heeft u piercings? Zo ja, waar? ja neen

▶ Heeft u momenteel **PIJNKLACHTEN?** ja neen
 Zo ja, welke pijnklachten ervaart u momenteel?
 Hoelang bestaan deze pijnklachten?
 Hoe zou u de pijn op dit ogenblik klasseren op een schaal van 0 tot 10
(waarbij 10 de hoogste pijnintensiteit is)
 Neemt u hiervoor medicatie? ja neen
 Heeft u een morfiepomp? ja neen

nierinsufficiëntie

epilepsie

neurostimulator

antistolling
 rood polsbandje
 > 7 dagen gestopt:
 geen rood polsbandje

diabeet

insuline afhankelijk

nuchter?

score overnemen dossier

morfiepomp

Deze vragenlijst werd zorgvuldig ingevuld:

met hulp van huisarts met hulp van familie
 zelfstandig ander:

datum opmaak van de vragenlijst: / / '.....
datum en **handtekening**

Voor de **opnameverpleegkundige** van de afdeling:

vragenlijst werd volledig overlopen met patiënt
 datum: / / '.....
 naam verpleegkundige (voluit schrijven):

 afdeling: