

## PREOPERATIEVE ANESTHESIECONSULTATIE

T +32 (0)9 332 11 53

ADREMA

### Info voor ouders

In dit document peilen we naar de gezondheidstoestand van uw kind vóór een heelkundige ingreep, een onderzoek of een behandeling. De vragenlijst maakt deel uit van het preoperatief onderzoek en is strikt vertrouwelijk. U vult het document zelf in of laat het invullen door een vertegenwoordiger.

Door dit formulier te ondertekenen, geeft u toestemming voor anesthesie. Lees zeker de richtlijnen voor een ingreep onder narcose of sedatie. Meer info vindt u op [www.uzgent.be/anesthesie](http://www.uzgent.be/anesthesie).

U kunt hier ook toestemming geven aan de dienst Anesthesie om gegevens uit het medisch dossier van uw kind te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

### Info voor artsen

Welke preoperatieve onderzoeken heeft uw patiënt nodig? Lees het na op <https://kce.fgov.be> (zoekterm 'preoperatieve onderzoeken').

## 1 PERSOONLIJKE GEGEVENS

### ▲ PATIËNTGEGEVENS

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:   -   -

Telefoon: \_\_\_\_\_

### ▲ AANVULLENDE PATIËNTGEGEVENS

Leeftijd: \_\_\_\_\_ jaar

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Lengte: \_\_\_\_\_ cm

### ▲ CONTACTEN

Naam ouder of voogd: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_

### ▲ OPERATIE, ONDERZOEK OF BEHANDELING WAARVOOR KIND WORDT OPGENOMEN

Datum:   -   -

Operatie: \_\_\_\_\_ rechts – links\*

\_\_\_\_\_

Naam begeleider: \_\_\_\_\_

Telefoon begeleider: \_\_\_\_\_

## 2 PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

### ▲ IS UW KIND ALLERGISCH AAN OF OVERGEVOELIG VOOR:

Latex	ja – neen*	
Kleefpleisters	ja – neen*	
Huisstofmijt of huisstof	ja – neen*	
Verdovingsstoffen bij de tandarts	ja – neen*	
Planten, pollen of bomen	ja – neen*	
Ontsmettingsmiddelen/jood	ja – neen*	
Medicatie	ja – neen*	welke? _____
Voedsel of andere?	ja – neen*	welke? _____

### ▲ ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Is uw kind al ernstig ziek geweest?	ja – neen*	Welke ziekte? _____ _____
Is uw kind de laatste 6 weken ziek geweest?	ja – neen*	
Is uw kind prematuur geboren?	ja – neen*	Op _____ weken Geboortegewicht: _____ kg
Volgt uw kind een dieet?	ja – neen*	Welk? _____

### ▲ HEEFT UW KIND ...

Losstaande tanden?	ja – neen*	Welke? _____
Contactlenzen?	ja – neen*	
Piercings?	ja – neen*	Indien ja, verwijder ze thuis

### ▲ WERD UW KIND AL EERDER GEOPEREERD OF OPGENOMEN IN EEN ZIEKENHUIS?

ja – neen\*

Indien ja, Waarvoor?	Wanneer?	Welk ziekenhuis?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### ▲ WAREN ER BIJ VORIGE OPNAMES PROBLEMEN?

ja – neen\*

Indien ja, Welke?	Wanneer?	Welke verdoving werd gebruikt?
_____	_____	Geheel / plaatselijk*
_____	_____	Geheel / plaatselijk*
_____	_____	Geheel / plaatselijk*
_____	_____	Geheel / plaatselijk*

---

#### ▲ FAMILIE

Zijn er in de familie al ernstige moeilijkheden geweest bij een verdoving? ja – neen\*  
Welke? \_\_\_\_\_

Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie? ja – neen\*  
Welke? \_\_\_\_\_

---

#### ▲ AANDOENINGEN VAN HALS EN MOND

Is de mondopening beperkt? ja – neen\* Breng hiervoor 2 vingers boven elkaar

Zijn er problemen bij het bewegen van het hoofd? ja – neen\* in de mondopening

---

#### ▲ BESMETTELIJKE ZIEKTE

Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? ja – neen\*  
Welke? \_\_\_\_\_

---

#### ▲ SUIKERZIEKTE

Heeft uw kind suikerziekte? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN LONGEN EN ADEMHALINGSSTELSEL

Heeft uw kind een piepende ademhaling? ja – neen\*

Heeft uw kind astma of hooikoorts? ja – neen\*

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een longziekte? ja – neen\*

Welke? \_\_\_\_\_

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN HART EN BLOEDVATEN

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een hart- of vaatziekte? ja – neen\*

Welke? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind een hartruis? ja – neen\*

Kleuren de lippen van uw kind soms blauw? ja – neen\*

Is uw kind kortademig wanneer het speelt, fietst of loopt? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN NIEREN

Is uw kind in behandeling (geweest) voor een nierziekte? ja – neen\*

Welke? \_\_\_\_\_

---

---

#### ▲ PROBLEMEN MET DE STOLLING VAN HET BLOED

- Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken zonder reden? ja – neen\*
- Heeft uw kind last van bloedend tandvlees? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

- Is uw kind ooit behandeld voor geelzucht? ja – neen\*
- Heeft uw kind last van misselijkheid of braken? ja – neen\*
- Heeft uw kind last van reisziekte? ja – neen\*
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- Heeft papa of mama last van reisziekte? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN HET ZENUWSTELSEL

- Heeft uw kind ooit het bewustzijn verloren? ja – neen\*
- Lijdt uw kind aan epilepsie of vallende ziekte? ja – neen\*
- Heeft uw kind een spierziekte? ja – neen\*

---

#### ▲ MEDICATIE

- Neemt uw kind medicatie of heeft het de laatste zes maanden medicatie genomen? ja – neen\*
- Zo ja, lees de informatie over thuismedicatie en breng het ingevulde medicatieschema mee.  
U vindt deze documenten in de opnamemap of op [www.uzgent.be/opnamedocumenten](http://www.uzgent.be/opnamedocumenten).

---

### 3 INFORMATIEVERKLARING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

---

Ik geef toestemming aan de dienst Anesthesie om gegevens uit mijn medisch dossier te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

---

Binnenkort krijgt u een ingreep, behandeling of onderzoek onder regionale of algemene narcose. Om dat veilig te laten verlopen, heeft de anesthesist **gegevens uit uw medisch dossier** nodig: uw medische voorgeschiedenis en parameters (zoals uw bloeddruk, hartslag en zuurstofsaturatie) die automatisch geregistreerd worden tijdens de ingreep.

---

#### ▲ GEBRUIK VAN DATA VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Deze data zijn ook erg nuttig voor het wetenschappelijk onderzoek van de dienst Anesthesie. Met dat onderzoek willen we onze kennis over anesthesie bij verschillende aandoeningen verder uitbreiden ten voordele van toekomstige patiënten.

We vragen daarom **uw toestemming om de data uit uw medisch dossier achteraf te mogen gebruiken voor ons wetenschappelijk onderzoek**. We gebruiken de gegevens enkel voor observationeel wetenschappelijk onderzoek in de perioperatieve geneeskunde en voor interne kwaliteitscontroles op de dienst Anesthesie.

---

#### ▲ WIE KAN UW GEGEVENS RAADPLEGEN?

Als u toestemming geeft, kunnen artsen, artsen-specialisten in opleiding en/of studenten geneeskunde uw gegevens raadplegen. Uw persoonlijke en klinische gegevens worden wel gepseudonimiseerd. Dat wil zeggen dat er **geen link meer mogelijk is met uw persoonlijk medisch dossier**.

Het onderzoek verloopt altijd onder toezicht en leiding van een staflid van de dienst Anesthesie. Alle medewerkers zijn gebonden door het medisch beroepsgeheim of ondertekenen een formulier tot geheimhouding.

---

#### ▲ VRIJWILLIGE MEDEWERKING

U beslist **vrijwillig** of u al dan niet aan ons wetenschappelijk onderzoek wil deelnemen. U hoeft geen reden op te geven als u dat liever niet doet. Een weigering heeft ook geen enkele invloed op uw verdere behandeling of op de relatie met uw behandelend arts.

U kunt op elk moment uw toestemming intrekken door uw anesthesist op de hoogte te brengen. Weet wel dat we de gegevens die op dat moment al verwerkt zijn niet meer kunnen verwijderen.

---

#### ▲ BESCHERMING VAN UW PERSOONSGEGEVENS

Het UZ Gent waakt nauwgezet over de bescherming van uw persoonsgegevens. We voeren enkel wetenschappelijke studies uit die werden **goedgekeurd door het Ethisch comité** van het UZ Gent. Het Ethisch comité bewaakt de rechten van de patiënt.

Voor meer informatie over de bescherming van uw persoonsgegevens kunt u contact opnemen met de **Data Protection Officer** van het UZ Gent: Katya Van Driessche, [dpo@uzgent.be](mailto:dpo@uzgent.be).

---

#### ▲ UW TOESTEMMING

Stemt u toe, vink dan het vakje hierboven aan.  
Wil u niet deelnemen, laat het vakje dan open.

---

#### ▲ MEER INFORMATIE

Hebt u nog vragen, spreek dan uw anesthesist aan. Of bel de dienst Anesthesie op tel. 09 332 32 81.

---

## 4 RICHTLIJNEN VOOR EEN INGREEP ONDER NARCOSE OF SEDATIE

- Ik houd mij aan de **afspraken over nuchter zijn**. Maaginhoud inademen tijdens een narcose of sedatie kan gevaarlijk zijn.
- Ik geef mijn kind enkel de **geneesmiddelen** die de arts voorschrijft.  
Sommige geneesmiddelen kunnen zwaardere nevenwerkingen hebben tijdens een narcose of sedatie.
- Mijn kind verwijdert **sieraden en piercings** (ook op minder zichtbare plaatsen) of laat ze op voorhand verwijderen.  
Sieraden en piercings kunnen tijdens een ingreep ernstige letsels veroorzaken (scheuren, brandwonden).
- Ik zorg voor opvang voor mijn kind. Zelfs de dag nadien kan een operatie of verdoving nog nawerken.
- Ik ga ermee akkoord dat **de gegevens van mijn kind** anoniem worden verwerkt (telefonische/digitale follow-up en enquête).  
De gegevens kunnen gebruikt worden in het kader van interne kwaliteitscontroles.
- Ik stem in met het gebruik van elke **medicatie** die mijn behandelende arts noodzakelijk acht, die algemeen aanvaard is en wetenschappelijk ondersteund wordt.

### Enkel voor dagopname

- Mijn kind blijft overnachten in het ziekenhuis als de chirurg en/of anesthesist dit nodig vinden.

---

## 5 TOESTEMMING VOOR ANESTHESIE

Ik kreeg voldoende informatie over de ingreep, het onderzoek, de narcose en de postoperatieve zorg.

Ik heb de informatie over anesthesie gelezen op [www.uzgent.be/anesthesie](http://www.uzgent.be/anesthesie) of in de brochure van het Chirurgisch dagziekenhuis.

Ik verbind mij ertoe om alle aanbevelingen nauwgezet op te volgen.

Ik verklaar mij akkoord om mijn kind een heelkundige ingreep of onderzoek onder anesthesie (algemene / plaatselijke / gedeeltelijke) te laten ondergaan.

### Gelezen en goedgekeurd

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_