

## PREOPERATIEVE ANESTHESIECONSULTATIE

T +32 (0)9 332 11 53

ADREMA

### Info voor patiënten

In dit document peilen we naar uw **gezondheidstoestand** 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 uw medisch dossier 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: \_\_\_\_\_

### ▲ CONTACTPERSOON/BEGELEIDER

Naam contactpersoon/begeleider: \_\_\_\_\_

Telefoon contactpersoon/begeleider: \_\_\_\_\_

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

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

### ▲ AANVULLENDE PATIËNTGEGEVENS

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

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

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

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

Datum:   -   -

Operatie: \_\_\_\_\_ rechts – links\*

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

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

---

## 2 PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

### ▲ BENT U 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? _____ |

---

### ▲ GEWOONTES

|  |            |                                |
|--|------------|--------------------------------|
| Rookt u?   | ja – neen* | Hoeveel? _____ /dag            |
|  |            | Hoelang al? _____ jaar         |
| Hebt u gerookt?                                    | ja – neen* | Hoelang? _____ jaar            |
| Drinkt u alcohol?                                  | ja – neen* | Hoeveel? _____ glazen/dag/week |
| Gebruikt u regelmatig drugs (verslavingsmiddelen)? | ja – neen* | Welke? _____                   |

---

### ▲ HEBT U ...

|   |            |                                 |
|---|------------|---------------------------------|
| Een kunstgebit?   | ja – neen* |                                 |
| Kunsttanden?  | ja – neen* |                                 |
| Losstaande tanden?  | ja – neen* | Welke? _____                    |
| Contactlenzen?  | ja – neen* |                                 |
| Een hoorapparaat?   | ja – neen* |                                 |
| Piercings?  | ja – neen* | Indien ja, verwijder deze thuis |
| Kunstnagels?  | ja – neen* | Indien ja, verwijder deze thuis |
| Een pacemaker of stimulator?                                      | ja – neen* |                                 |
| Een ingeplante pomp (voor pijnstilling of andere medische reden)? | ja – neen* |                                 |

---

### ▲ WERD U AL EERDER GEOPEREERD?

|                    |            |                  |
|--------------------|------------|------------------|
| Indien ja,         | ja – neen* |                  |
| Welke operatie(s)? | Wanneer?   | Welk ziekenhuis? |
| _____              | _____      | _____            |
| _____              | _____      | _____            |
| _____              | _____      | _____            |
| _____              | _____      | _____            |

---

### ▲ WAREN ER BIJ VORIGE OPERATIES PROBLEMEN?

|            |            |                                      |
|------------|------------|--------------------------------------|
| Indien ja, | ja – neen* |                                      |
| Welke?     | Wanneer?   | Welke verdoving kreeg u?             |
| _____      | _____      | Geheel / gedeeltelijk / plaatselijk* |
| _____      | _____      | Geheel / gedeeltelijk / plaatselijk* |
| _____      | _____      | Geheel / gedeeltelijk / plaatselijk* |

---

#### ▲ FAMILIAAL

Heeft al iemand in de familie slecht gereageerd op een narcose? ja – neen\*  
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie? ja – neen\*

---

#### ▲ AANDOENINGEN VAN HALS EN MOND

Hebt u problemen met het openen van uw mond? ja – neen\*  
Hebt u problemen om uw hoofd te bewegen? ja – neen\*  
Voelt u bij het bewegen van het hoofd pijn in nek, schouders of armen? ja – neen\*

Breng hiervoor minstens 2 vingers boven elkaar in de mondopening

---

#### ▲ ENKEL VOOR VROUWELIJKE PATIËNTEN

Bent u (mogelijk) zwanger? ja – neen\*  
Hebt u last van overvloedige menstruatie? ja – neen\*

---

#### ▲ BESMETTELIJKE ZIEKTE

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

---

#### ▲ SUIKERZIEKTE

Lijdt u aan suikerziekte? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN LONGEN EN ADEMHALINGSSTELSEL

Hebt u een piepende ademhaling? ja – neen\*  
Hebt u astma of hooikoorts? ja – neen\*  
Bent of was u in behandeling voor een longziekte? ja – neen\*

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN HART EN BLOEDVATEN

Hebt u soms pijn of een toesnoerend gevoel in arm of borstkas bij inspanning? ja – neen\*  
Hebt u last van hartkloppingen? ja – neen\*  
Hebt u soms gezwollen voeten? ja – neen\*  
Slaapt u halfzittend? ja – neen\*  
Hebt u problemen tijdens huishoudelijk werk? ja – neen\*  
Bent u kort van adem na twee verdiepingen trappen lopen? ja – neen\*  
Bent u in behandeling voor een hartziekte? ja – neen\*  
Hebt u ooit flebitis gehad? ja – neen\*  
Hebt of had u een aandoening van de bloedvaten? ja – neen\*  
Wat is uw normale bloeddruk? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN NIEREN EN URINAIR STELSEL

Bent u nierdialysepatiënt? ja – neen\*  
Bent of was u in behandeling voor een nierziekte? ja – neen\*  
Welke? \_\_\_\_\_

---

---

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

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| Hebt u gemakkelijk blauwe plekken?  | ja – neen* |
| Hebt u al neusbloedingen gehad?     | ja – neen* |
| Hebt u last van bloedend tandvlees? | ja – neen* |

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN SPIJSVERTERINGSSTELSEL EN LEVER

|  |            |
|--|------------|
| Hebt u last van maagzuur?                | ja – neen* |
| Hebt u last van misselijkheid of braken? | ja – neen* |
| Hebt u last van reisziekte?              | ja – neen* |
| Wanneer? _____                           |            |
| Hebt u ooit geelzucht gehad?             | ja – neen* |
| Welke vorm? _____                        |            |

---

#### ▲ ZIEKTEN VAN HET ZENUWSTELSEL

|  |            |
|--|------------|
| Lijdt u aan epilepsie of vallende ziekte?  | ja – neen* |
| Bent u al in behandeling geweest bij een neuroloog of psychiater?                    | ja – neen* |
| Hebt u last van tintelingen, zinderen of gevoelloosheid ter hoogte van de ledematen? | ja – neen* |
| Waar? _____  |            |

---

#### ▲ AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSSTELSEL

|  |            |
|--|------------|
| Hebt u soms rugpijn?                         | ja – neen* |
| Hebt u reuma of artritis?                    | ja – neen* |
| Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese? | ja – neen* |

---

#### ▲ MEDICATIE

Neemt u medicatie? 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 neem enkel de **geneesmiddelen** die mijn arts voorschrijft.  
Sommige geneesmiddelen kunnen zwaardere nevenwerkingen hebben tijdens een narcose of sedatie.
- Ik verwijder **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 drink **geen alcohol** tot 24 uur na de ingreep. Alcohol kan ernstige nevenwerkingen hebben na een anesthesie of operatie.
- Ik neem **geen belangrijke beslissingen** vlak na de operatie en hou rekening met enig werkverlet.  
Zelfs de dag nadien kan een operatie of verdoving nog nawerken.
- Ik ga ermee akkoord dat **mijn gegevens** anoniem worden verwerkt (telefonische/digitale follow-up en enquête).  
De gegevens kunnen gebruikt worden in het kader van interne kwaliteitscontroles.

### Enkel voor dagopname

- Ik **rijd** de dag van de ingreep **niet zelf** en laat me begeleiden door \_\_\_\_\_ (naam begeleider).  
Door de verdoving of de operatie (bv. oogoperatie) kan ik zelf niet veilig deelnemen aan het verkeer (auto, fiets, motor, openbaar vervoer).
- Ik kan een beroep doen op \_\_\_\_\_ (naam partner, familielid, vriend, begeleider of andere)  
als ik de nacht na de ingreep of behandeling een probleem heb.
- Ik blijf 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 een heelkundige ingreep of een onderzoek onder anesthesie (algemene / plaatselijke / gedeeltelijke) te ondergaan.

### Gelezen en goedgekeurd

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

Handtekening \_\_\_\_\_