|  |  |
| --- | --- |
| Naam:……………………………………………………………………………… Voornaam:……………………………………………………………………….  Geboortedatum:………………………………………………………………  Lichaamslengte:…………. cm Gewicht: …………………kg  Bloedgroep:……………..………................................................. | Geplande ingreep: □ rechts □ links  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  Datum ingreep: ……/……/………  Chirurg: …………………………………………………… |

1. **Bent u allergisch aan: zo ja , welke reactie?**

* Contraststoffen □ ja □ neen ……………………………………
* Latex/rubber □ ja □ neen ……………………………………
* Antibiotica Welke?............................ □ ja □ neen ……………………………………
* Kleefpleisters Welke?......................... □ ja □ neen ……………………………………
* Ontsmettingsmiddelen Welke?…………………… □ ja □ neen ……………………………………
* Verdovingsmiddelen bij de tandarts?
  + Welke?......... □ ja □ neen ……………………………….
* Medicatie Welke? □ ja □ neen .………………………………

1. **Gewoontes**

* Rookt u? □ ja □ neen ……../dag, gedurende………jaar
* Bent u gestopt met roken? □ ja □ neen gedurende……..jaar
* Gebruikt u alcohol? □ ja □ neen ………glazen/dag ……….glazen per week
* Andere genotsmiddelen □ ja □ nee welke?...........frequentie………………………

**Voor gebruikers van genotsmiddelen kunnen ten gevolge van anesthesie en operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken moet de anesthesist ingelicht worden over wat u neemt**

1. **Zijn er bij bloedverwanten aangeboren afwijkingen /ziekte** □ ja □ neen

* Welke? ...…...………………………………………………………………………

1. **Bent u bij de huisarts of bij een geneesheerspecialist in behandeling voor een bepaalde aandoening (geen operaties)** □ ja □ neen

* Welke? ………………………………………………….……………………………

1. **Lijdt u aan suikerziekte?** □ ja □ neen

* Gebruikt u insuline? □ ja □ neen

1. **Werd u vroeger reeds geopereerd?** □ ja □ neen

* Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen?
  + In:…………… Voor:……………………………………………………………
  + In:…………… Voor:……………………………………………………………
  + In:…………… Voor:……………………………………………………………

1. **Reageerde u bij een verdoving op een ongewone manier?** □ ja □ neen

* Zo ja, welke?...............................................................................

1. **Hebt u…?**

* Een kunstgebit? □ ja □ neen □ bovenkaak □ onderkaak □ beiden
* Kunsttanden? □ ja □ neen □ bovenkaak □ onderkaak □ beiden
* Losstaande tanden? □ ja □ neen □ bovenkaak □ onderkaak □ beiden
* Contactlenzen? □ ja □ neen
* Hoorapparaat? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen van longen en ademhalingsstelsel.**

* Hebt u een piepende ademhaling? □ ja □ neen
  + Zo ja, wanneer? .............................................................
* Hebt u astma? □ ja □ neen
* Hebt u chronische bronchitis? □ ja □ neen
* Bent u in behandeling (geweest) voor een longziekte? □ ja □ neen
  + Zo ja, welke?....................................................................
* Bent u onlangs (laatste maand) verkouden geweest? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen van het hart.**

* Hebt u last van hartkloppingen? □ ja □ neen
  + Wanneer?.........................................................................
* Hebt u soms gezwollen voeten? □ ja □ neen
  + Wanneer?.........................................................................
* Bent u in behandeling (geweest) voor een hartziekte? □ ja □ neen
  + Welke?.............................................................................
* Hebt u problemen om twee verdiepen trappen op te gaan

zonder last? □ ja □ neen

* Welke last heeft u?...........................................................
* Hebt u problemen om een flinke inspanning

(bv 5 km fietsen) te leveren? □ ja □ neen

1. **Ziekten van het zenuwstelsel.**

* Hebt u ooit het bewustzijn verloren? □ ja □ neen
* Had u ooit een verlamming? □ ja □ neen
* Lijdt u aan epilepsie? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen aan de rug.**

* Hebt u soms pijn in de rug? □ ja □ neen
  + Waar?.......................................................................
* Gaat dit gepaard met pijn in de boven- of onderbenen? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen ter hoogte van de hals en mond.**

* Hebt u problemen om uw hoofd vlot te bewegen

in verschillende richtingen? □ ja □ neen

* Hebt u problemen bij het bewegen van de mond? □ ja □ neen
* Voelt u pijn in de hals bij het bewegen van uw hoofd? □ ja □ neen
* Gaat dit gepaard met pijn in de schouders of de armen? □ ja □ neen

1. **Ziekten van de lever en de galblaas.**

* Lijdt of leed u aan hepatitis? □ ja □ neen
* Hebt u ooit problemen met de galblaas gehad? □ ja □ neen
* Hebt u ooit problemen gehad met uw lever? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen van het bewegingsstelsel.**

* Werd bij u ooit een prothese ingeplant? □ ja □ neen
* Hebt u beperktheden bij de uitvoering van bepaalde bewegingen die

NIET in verband staan met de operatie? □ ja □ neen

* Zo ja, omschrijf:………………………………………………………..……
* Bent u ooit in behandeling geweest voor reuma? □ ja □ neen
* Bent u ooit in behandeling geweest voor artritis? □ ja □ neen
* Bent u in behandeling voor artrose? □ ja □ neen

1. **Ziekten van het spijsverteringsstelsel.**

* Hebt u ooit een maagzweer gehad? □ ja □ neen
* Hebt u last bij het slikken? □ ja □ neen
* Hebt u last van misselijkheid of braken? □ ja □ neen
* Hebt u last van maagzuur? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen van de bloedvaten.**

* Heeft u ooit spataders gehad? □ ja □ neen
* Heeft u ooit flebitis gehad? □ ja □ neen
* Hebt u ooit een behandeling ondergaan voor een aandoening van

de bloedvaten? □ ja □ neen

1. **Problemen met de stolling van het bloed**

* Neemt u medicatie om het bloed te verdunnen? □ ja □ neen
* Hebt u gemakkelijk blauwe plekken zonder reden? □ ja □ neen

1. **Aandoeningen van de nieren en het urinair stelsel**

* Bent u nierdialyse- patiënt? □ ja □ neen
* Bent u in behandeling (geweest) voor een nierziekte? □ ja □ neen
  + Zo ja, welke?....................................................................

1. **Hebt u onlangs (laatste maand) griep gehad?** □ ja □ neen
2. **Lijdt u aan een besmettelijke ziekte?** □ ja □ neen

* Zo ja, welke?................................................................................. □ ik weet het niet

1. **Enkel voor vrouwelijke patiënten.**

* Zou het mogelijk zijn dat u zwanger bent? □ ja □ neen
* Bent u zwanger? □ ja □ neen
* Hebt u geregeld overvloedige menstruaties? □ ja □ neen

1. **Neemt u geneesmiddelen?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Noteer hier enkel die geneesmiddelen die u **dagelijks of regelmatig** neemt  Noteer hier ook producten die u bij de apotheker of elders haalt **zonder voorschrift**: pijnstillers, maagzuurremmers, slaapmiddelen, vitaminen, voedingssupplementen, siropen, oogdruppels… | | | | | | | |
| □ Ik neem geen medicatie | | | | | | | |
| Ik neem **dagelijks**: | | | | | | | | |
| VOLLEDIGE naam geneesmiddel + **sterkte** + vorm (tablet, druppels, siroop…) | | Hoeveel van het geneesmiddel neemt u in + wanneer op de dag? | | | | | Opmerkingen:  bv. nuchter, om de 2 dagen, 1x /week, 1x /maand, indien nodig, enz | |
| Tip: kijk op de verpakking + breng alle verpakkingen ook mee naar het ziekenhuis ! | | ochtend | | middag | avond | Voor slapen |
| *Bv. Lasix 40 mg tablet* | | *1 (8u)* | | *0,5 (12u)* |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Volgende medicatie neem ik **niet dagelijks**: | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |

1. **Wenst u nog iets te vermelden?** □ ja □ neen

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Waar kunnen wij een contactpersoon bereiken bij eventuele vragen of onduidelijkheden?**

Contactpersoon: Naam:………………………………………………………………..………en telefoonnummer……………………………………………………………….…………………

**Ik vraag vrijwillig dat anesthesie en/of perioperatief pijnbeleid (analgesie) aan mij wordt toegediend. Dit wordt uitgevoerd en opgevolgd door een erkend anesthesist. Perioperatief behelst de periode rond de operatie.**

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR ANESTHESIE EN**

**PERIOPERATIEF PIJNBELEID**

Ik begrijp dat anesthesie en/of perioperatief pijnbeleid risico’s met zich meebrengen doch ik vraag anesthesie en/of analgesie als bescherming en pijnbestrijding tijdens en na de ingreep of het onderzoek. Ik begrijp dat het type van anesthesie en/of analgesie gewijzigd kan worden zonder mijn medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn.

Ik begrijp dat zeldzame verwikkelingen (1/100.000) kunnen optreden bij elke anesthesie- en/of analgesiemethode. Zeldzame verwikkelingen zijn: hart- en ademhalingsproblemen, ernstige allergische reacties, oog-, zenuw- en hersenschade en overlijden.

Daarnaast kunnen nog andere verwikkelingen optreden. Deze verwikkelingen zijn verschillend voor het specifieke type anesthesie (niet-limitatieve lijst):

* **Algemene anesthesie:** schade aan de stembanden, tanden, lippen, ogen; wakker zijn tijdens de anesthesie; geheugenstoornissen en verwardheid; misselijkheid en braken; spierpijn; zenuwschade; duizeligheid en troebel zicht.
* **Regionale anesthesie/ analgesie:** zenuwschade, bloeding, infectie
* **Spinale/ epidurale anesthesie/ analgesie:** zenuwschade, bloeding, infectie, hoofdpijn, misselijkheid en braken, spierpijn, duizeligheid en troebel zicht.
* **Sedatie:** geheugenstoornissen en verwardheid.

Ik begrijp dat de risico’s van anesthesie en/of analgesie groter kunnen zijn door de (medische) toestand waarin ik mij bevind.

Ik begrijp dat de risico’s van anesthesie en/of analgesie groter kunnen zijn wanneer ik de richtlijnen niet opvolg.

Ik begrijp dat de anesthesist de uitkomst van de anesthesie en/of analgesie niet kan garanderen.

Ik zal nuchter zijn voor de operatie volgens de richtlijnen van de anesthesist. Ik heb begrepen dat het verboden is te eten en te drinken, te snoepen en te roken vanaf 6 uur voor de operatie. De ochtend van de operatie zal ik mijn medicatie innemen tenzij anders voorgeschreven door de behandelende arts. Ik weet tevens dat ik het ziekenhuis niet kan verlaten zonder begeleiding.

De eerste 24 uur na de ingreep mag ik geen auto, bromfiets of fiets besturen en machines bedienen. Ik nuttig geen alcoholische dranken tot 24 uur na de ingreep. Er zal thuis iemand aanwezig zijn de eerste 24 uur na de operatie. Ik teken geen documenten, vooral niet van wettelijke aard, en neem geen belangrijke beslissingen de eerst 24 uur na de ingreep.

Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

**Ik verklaar hierbij dat bloedproducten toegediend mogen worden indien nodig.** (indien niet akkoord, schrap deze zin en plaats hiernaast uw handtekening)

Ik verklaar hierbij dat ik kennis nam van dit toestemmingsformulier en indien nodig, verduidelijking kreeg van de anesthesist.

Opgemaakt te……………………………………….

Handtekening patiënt of vertegenwoordiger Handtekening, naam en stempel arts