



Gezondheidsvragenlijst Pre Operatieve Screening (POS)

Patiëntensticker

U bent door uw behandelend specialist aangemeld voor een operatie en/of onderzoek. Om u daar goed op voor te bereiden krijgt u een afspraak bij de Pre Operatieve Screening (POS). Hier heeft u een gesprek hebt met een anesthesioloog en/of anesthesiemedewerker en eventueel een verpleegkundige.

Voorafgaand aan deze afspraak vragen wij u deze gezondheidsvragenlijst volledig in te vullen.

1. Waaraan wordt u geopereerd?
 2. Aan welke zijde?..... links.. rechts.. n.v.t..
 3. Wat is uw gewicht?..... kg.
 4. Wat is uw lengte?..... cm.
 5. Wat is uw beroep / wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden.....
 6. Hebt u al een gesprek gehad met de apothekersassistente om uw medicatie door te nemen?..... ja nee
 7. Gebruikt u op dit moment medicijnen?..... ja nee
- Zo ja, wat voor een soort medicijnen gebruikt u momenteel:
- Medicatie voor het hart.
 - Medicatie voor de bloeddruk.
 - Bloedverdunners.
 - Medicatie tegen longproblemen.
 - Medicatie tegen maagzuur.
 - Medicatie tegen een te hoge bloedsuikerspiegel.
 - Medicatie tegen epilepsie.
 - Medicatie tegen kanker.



- Pijnstillers.
 - Medicatie bij slaapproblemen.
 - Oogdruppels.
 - Toelichting op uw medicatie:
 - anders.....
8. Bent u in staat om voor uw operatie circa.2 uur te zitten in een wachtruimte?..... ja nee
9. Contactpersonen (1^{ste} contactpersoon mag na de operatie gebeld worden door de chirurg):
- 1^{ste} contactpersoon: telefoonnummer:.....
Uw relatie tot de 1^{ste} contactpersoon:
 uw partner uw kind uw ouder(s)
 uw broer en/of zus anders namelijk:
 - 2^{de} contactpersoon: telefoonnummer:.....
Uw relatie tot de 2^{de} contactpersoon:
 uw partner uw kind uw ouder(s)
 uw broer en/of zus anders namelijk:
 - Mogen aan de bovenstaande personen informatie over u worden verstrekt?..... ja nee
10. Bent u allergisch of overgevoelig voor bepaalde stoffen en / of medicijnen? ja nee
Zo ja, waar bent u allergisch of overgevoelig voor.....
Welke reactie krijgt u van dit/deze middel(en)?.....
11. Hebt u in de afgelopen drie maanden corticosteroïden (bijv. Prednison) gebruikt?..... ja nee
Zo ja, waarom heeft u corticosteroïden (bijv. Prednison) gebruikt?.....
Zo ja, hoeveel tabletten / milligrammen per dag?.....
Eventuele toelichting.....
12. Bent u ooit eerder geopereerd?..... ja nee
Zo ja, waaraan:
13. Hebt u in het verleden problemen ervaren bij een vorm van narcose / verdoving?..... ja nee
Wat zijn uw problemen bij verdoving / narcose?
 misselijkheid en braken nabloedingen lage bloeddruk
 extreem veel pijn lastig om buisje in de luchtpijp te plaatsen koorts
 heel veel jeuk na ingreep hoofdpijn na ruggenprik wakker tijdens narcose
Andere problemen.....:.....
14. Hebt u last van reisziekte of wagenziekte?..... ja nee



15. Bent u voor andere klachten onder behandeling?..... ja nee
Klachten/reden van behandeling:.....
16. Bent u onder behandeling bij een andere specialist voor andere klachten?..... ja nee
Andere Specialist:
 Cardioloog Internist Pijnarts Huisarts
 Longarts Neuroloog Kinderarts
Andere specialist(en):.....
17. Bent u ooit in een ander ziekenhuis behandeld?..... ja nee
Zo ja, waar?:
18. Hebben familieleden van u in het verleden problemen ervaren bij de verdoving?..... ja nee
Toelichting van de problemen.....
19. Zijn er familiale ziektes in uw familie..... ja nee
Familiaire ziektes:
 spierziektes Pseudocholinesterase deficiëntie bloedingsneigingen
 sikkelcelanemie maligne hyperthermie
Andere familiale ziekten:.....
20. Hebt u ooit een bloedtransfusie gehad?..... ja nee
Zijn er toen irreguliere antistoffen aangetoond?..... ja nee
Eventuele toelichting op de bloedtransfusie.....
21. Rookt u?..... nooit... gestopt... passief... ja...
Vanaf wanneer rookt u (jaartal)?.....
Soort tabak:
 sigaretten shag sigaren pijp
 anders.....
Opmerkingen over het roken?.....
22. Drinkt u alcohol?..... nooit... gestopt... ja...
Zo ja, hoeveel glazen of eenheden per dag:
 minder dan 2 eenheden per dag tussen de 2 en 6 eenheden per dag
 meer dan 6 eenheden per dag
 anders.....
Vanaf wanneer drinkt u alcohol (jaartal)?.....
Opmerkingen over het alcoholgebruik.....

23. Gebruikt u drugs?..... nooit... gestopt... ja...

Zo ja, welke soort drugs gebruikt u?:

- Cannabis Amfetaminen Opiaten MDMA (XTC)
 Cocaïne Qat GHB Heroïne

Gebruikt u een andere soort drugs?.....

Vanaf wanneer gebruikt u drugs (jaartal)?.....

Welke hoeveelheid drugs gebruikt u.....

Via welke toedieningsweg gebruikt u drugs?

- via de mond via een ader via de neus
 via de longen in een spier via de huid

Andere toedieningsweg?.....

Opmerkingen over uw drugsgebruik?.....

24. Kunt u makkelijk 2 trappen oplopen?..... ja nee

Zo nee, wordt u beperkt in het bewegen?..... ja nee

Wat beperkt het bewegen?.....

- Voordat u beperkt werd in uw bewegingen kon u nog:

Intensief sporten?..... ja nee

Sporten met "mate" (tennis dubbel; lange wandel/fietstochten; enz.)?..... ja nee

Zwaar huishoudelijk werk doen (bedden opmaken; meubels verschuiven; enz.)?..... ja nee

Stevig doorwandelen of fietsen?..... ja nee

Zonder problemen een heuvel of trap oplopen?..... ja nee

Een blokje omlopen buitenshuis?..... ja nee

Licht huishoudelijk werk of wat lichte klusjes in huis maar niet veel meer buitenshuis. ja nee

Wat lopen binnenshuis en nog zelfstandig aankleden en zelfstandig naar het toilet?... ja nee

Wat voortbewegen in huis, maar met noodzakelijk veel hulp?..... ja nee

Niet meer zelfstandig voortbewegen in huis en bedlegerig..... ja nee

25. Gebruikt u thuis zuurstof?..... ja nee

Toelichting over het zuurstofgebruik thuis.....

- Heeft u problemen bij het uitvoeren van lichamelijke inspanning? ja nee
- Welke problemen heeft u bij het uitvoeren van lichamelijke inspanning?
- Ik word alleen kortademig bij zware inspanning.
- Ik word alleen kortademig als ik mij moet haasten, zelfs op vlak terrein of als ik snel tegen een heuvel oploop.
- Ik word kortademig bij het lopen op vlak terrein in eigen tempo en loop langzamer dan leeftijdsgenoten.
- Ik moet op adem komen na ongeveer 100 meter of na een paar minuten wandelen op vlak terrein.
- Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden.
26. Heeft u last van een hoge bloeddruk? ja nee
- Zo ja, wordt u er voor behandeld? ja nee
- Toelichting over uw hoge bloeddruk.....
27. Heeft u een aandoening aan uw bloedvaten? ja nee
- Zo ja, vanaf welk jaar heeft u daar al last van (jaartal)? ja nee
- Toelichting over de aandoening aan uw bloedvaten
- Heeft u wel eens een dotterprocedure aan uw bloedvaten ondergaan?..... ja nee
- Zo ja, in welk jaar heeft u een dotterprocedure aan uw bloedvaten ondergaan (jaartal).....
- Toelichting over de dotterprocedure aan uw bloedvaten
28. Heeft u wel eens pijn op de borst bij inspanning?..... ja nee
- Toelichting over de pijn op de borst bij inspanning
29. Bent u bekend met hartklachten?..... ja nee
30. Bent u wel eens geopereerd aan uw hart?..... ja nee
- Toelichting over de operatie aan uw hart.....
31. Heeft u wel eens een hartaanval gehad?..... ja nee
- Zo ja, in welk jaar heeft u die hartaanval gehad (jaartal).....
- Bij meerdere hartinfarcten, in welk jaar was de laatste aanval (jaartal).....
- Toelichting over de hartaanval(len).....
32. Is er bij u wel eens een stent geplaatst in de bloedvaten van uw hart?..... ja nee
- Zo ja, weet u welk soort stent er geplaatst is in uw bloedvaten van uw hart:
- PCI zonder stent single stent multiple stents
- Toelichting over de stent(s).....
33. Heeft u wel eens last van beklemmende pijn op de borst in rust of bij inspanning?..... ja nee

34. Heeft u wel eens last van hartkloppingen of een onregelmatig hartritme?..... ja nee

Zo ja, wanneer heeft u last van hartkloppingen of een onregelmatig hartritme:

pas ontstaan af en toe last van voortdurend last van

Toelichting over de hartkloppingen of een onregelmatig hartritme

35. Heeft u problemen met uw hartkleppen?..... ja nee

Zo ja, welke vorm van hartklepproblemen heeft u?.....

36. Heeft u wel eens last van kortademigheid die optreedt / toeneemt in liggende positie? ja nee

Zo ja, welke klachten heeft u dan?.....

37. Heeft u last van vocht in of om uw longen?..... ja nee

Zo ja, welke klachten heeft u dan?.....

38. Heeft u 's nachts last van dikke enkels?..... ja nee

Zo ja, welke klachten heeft u dan?.....

39. Moet u 's nachts vaak plassen?..... ja nee

Zo ja, welke klachten heeft u dan?.....

40. Heeft u een pacemaker?..... ja nee

Zo ja, weet u het merk of naam van uw pacemaker?.....

Zo ja, weet u het type of soort van uw pacemaker?.....

Bent u in dit ziekenhuis onder behandeling voor uw pacemaker?.....

Toelichting over de pacemaker.....

41. Heeft u een ICD (inwendige defibrillator)?..... ja nee

Zo ja, weet u het merk of naam van uw ICD?.....

Zo ja, weet u het type of soort van uw ICD?.....

Bent u in dit ziekenhuis onder behandeling voor uw ICD?.....

Toelichting over de ICD.....

42. Heeft u een longziekte?..... ja nee

Zo ja, welk type longziekte heeft u:

astma COPD longemfyseem chronische bronchitis

Ander soortige longziekte?

Heeft u de afgelopen 6 weken last gehad van een longontsteking?..... ja nee

Toelichting over de longziekte of longontsteking.....

43. Heeft u last van OSAS (Obstructieve Slaap Apnoe Syndroom)?..... ja nee
Zo ja, maakt u gebruik van een CPAP-apparaat?..... ja nee
Toelichting over uw OSAS.....

44. Heeft u last van een nierziekte?..... ja nee
Zo ja, heeft u daarbij een vochtbeperking?..... ja nee
Toelichting over uw vochtbeperking (aantal milliliters per 24-uur)?.....
Moet u gedialyseerd worden?..... ja nee
Toelichting over uw nierziekte en/of nierdialyse?.....

45. Heeft u last van blaasklachten of plasproblemen?..... ja nee
Toelichting over uw blaasklachten en/of plasproblemen)?.....

46. Heeft u maag en/of slokdarmproblemen?..... ja nee
Zo ja, welk type maag en/of slokdarmproblemen heeft u:
 maagzweer maagontsteking zuurbranden GO reflux
Toelichting op maag en/of slokdarmproblemen.....

47. Heeft u last van chronische darmproblemen?..... ja nee

- Zo ja, welk type van chronische darmproblemen heeft u:
 Colitis Ulcerosa Ziekte van Crohn anders.....
- Toelichting over uw chronische darmprobleem(en)

48. Heeft u suikerziekte (Diabetes Mellitus)?..... ja nee

- Zo ja, welke behandeling heeft u daarvoor:
 dieet insuline insulinepompje tabletten insuline en tabletten
- Toelichting over uw suikerziekte.....

49. Heeft u een schildklierandoening?..... ja nee

- Zo ja, welke schildklierandoening heeft u:
 traag werkende schildklier (hypothyreoïdie) waarvoor medicijnen.
 snel werkende schildklier (hyperthyreoïdie) waarvoor medicijnen.
 vergrote schildklier (Struma).
- Wordt uw schildklierfunctie regelmatig gecontroleerd..... ja nee
- Toelichting over uw schildklierandoening.....



50. Heeft u problemen met de bloedvaten in uw hoofd?..... ja nee
- Zo ja, welk probleem heeft u:
 - Een tijdelijke hapering van de bloeddorstrooming in hersenen (TIA = Transient Ischaemic Attack).
 - Een herseninfarct of hersenbloeding (CVA = CerebroVasculair Accident of beroerte).
 - Een uitpuiling van de wand van een hersenslagader (= Aneurysma Cerebri).
 - Een aangeboren misvorming van het bloedvatstelsel in uw hersenen (AVM = Arterio Veneuze Malformatie (AVM)).
 - Toelichting over uw problemen met de bloedvaten in uw hoofd
 - Heeft u nog klachten van uw problemen met de bloedvaten in uw hoofd?..... ja nee
 - Toelichting over uw klachten met de bloedvaten in uw hoofd
51. Bent u wel eens in de war geraakt na een operatie of ziekte?..... ja nee
Toelichting over uw verwardheid na operatie of ziekte.....
52. Heeft u klachten van epilepsie?..... ja nee
Zo ja, wanneer was uw laatste aanval of toeval (insult)?.....
Toelichting epilepsieklachten.....
53. Heeft u een aandoeningen van spieren en van bepaalde zenuwen van die spieren?..... ja nee
Zo ja, heeft u een spierziekte (Neuromusculaire ziekte)?..... ja nee
Toelichting spierziekte.....
54. Heeft u een psychische aandoening?..... ja nee
Zo ja, toelichting psychische aandoening
55. Toelichting op uw mentale gezondheid.....
-

56. Heeft u een bloedziekte?..... ja nee
Zo ja, weet u welke soort bloedziekte u hebt?
 Leukemie Hodgkin Andere bloedziekte.....
Toelichting over uw bloedziekte.....
57. Heeft u een stoornis van uw bloedstolling (bijv. spontane bloedingen / hemofilie)..... ja nee
Zo ja, toelichting op de stoornis van uw bloedstolling
58. Heeft u wel eens een trombosebeen gehad?..... ja nee
Zo ja, toelichting op uw trombosebeen.....

59. Heeft u wel eens een longembolie gehad?..... ja nee
 Zo ja, toelichting op uw longembolie.....
60. Heeft u wel eens een kwaadaardige ziekte (kanker) gehad?..... ja nee
 Zo ja, heeft u toen een chemokuur (cytostatica; medicijn tegen kankercellen) gehad?... ja nee
 Toelichting op uw chemokuur.....
 Zo ja, heeft u toen bestraling (radiotherapie; straling tegen kankercellen) gehad?..... ja nee
 Toelichting op uw bestraling.....
61. Heeft u een overdraagbare aandoening?..... ja nee
 Zo ja, weet u welke soort overdraagbare aandoening u hebt?
 Hepatitis-a Hepatitis-b Hepatitis-c Hepatitis-d
 Hepatitis-e Hiv/aids Krentenbaard Tbc
 waterpokken anders.....
 Toelichting over uw soort overdraagbare aandoening.....
62. Bent u in het verleden bestraald en/of geopereerd in uw hoofd/hals gebied?..... ja nee
 Zo ja, toelichting op bestraling en/of operatie in uw hoofd/hals gebied
63. Heeft u een ziekte, aandoening of syndroom die nog niet gevraagd is in deze vragenlijst ja nee
 Zo ja, toelichting op ziekte, aandoening of syndroom
-
64. Heeft u onlangs een vaccinatie gehad of er is een vaccinatie gepland?..... ja nee
 Zo ja, toelichting op de vaccinatie.....
65. Heeft u een medische verklaring?..... ja nee
 Zo ja, weet u welke soort medische verklaring u bezit?
 ik ben in het bezit van een niet-beademen verklaring.
 ik ben in het bezit van een niet- IC-opname verklaring.
 ik ben in het bezit van een niet-reanimeren verklaring.
 ik ben in het bezit van een jehova's getuige wilsverklaring.
 ik ben in het bezit van een euthanasieverklaring.
 ik ben in het bezit van een bloedtransfusiekaart.
 ik ben in het bezit van een anesthesiepaspoort.
 ik ben in het bezit van een landelijke donorregister registratie.
 ik ben in het bezit van een verklaring voor het niet ontvangen van bloedproducten, ook wanneer dit medisch noodzakelijk is.

-
66. Heeft u voorkeur voor een bepaalde soort anesthesie / narcose / verdoving.....
67. Heeft u nog vragen over de anesthesie / narcose / verdoving.....
-
68. Bent u de laatste tijd onbedoeld afgevallen?..... ja nee
Zo ja, hoeveel:
69. Heeft u de afgelopen maand verminderde eetlust?..... ja nee
70. Volgt u een dieet?..... ja nee
Zo ja welke.....
Heeft u hier een medische indicatie voor:
71. Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt?..... ja nee
Zo ja, welke drink en sondevoeding gebruikt u:
72. Heeft u problemen uw ontlasting?..... ja nee
73. Heeft u problemen met plassen?..... ja nee
74. Heeft u hulp nodig bij medicatie inname?..... ja nee
75. Gebruikt u een Baxter (medicatie op rol)?..... ja nee
76. Heeft u geheugenproblemen?..... ja nee
77. Bent u de afgelopen 6 maanden 1 of meerdere keren gevallen?..... ja nee
78. Krijgt u hulp van de thuiszorg?..... ja nee
Zo ja, waarvoor:
Hoe vaak per dag krijgt u thuishulp:.....
Van welke thuiszorgorganisatie:.....
79. Krijgt u andere begeleiding, denk aan fysio, diëtist?..... ja nee
Zo ja, welke:
80. Is er voldoende ondersteuning in uw sociale netwerk?..... ja nee
81. Wat is uw woonsituatie:
 Alleenstaand wonend met partner wonend met partner en kinderen
 dakloos appartement/woning met trap appartement/woning met lift
 zorginstelling wonend bij ouders/voogd anders.....
82. Heeft u thuis aangepaste voorzieningen?..... ja nee
Zo ja, welke:
83. Geeft de woonomgeving mogelijk beperkingen na de operatie?..... ja nee
84. Verwacht u zorg nodig te hebben als u thuis bent na de operatie?..... ja nee
Zo ja, waarvoor:
85. Gebruikt u hulpmiddelen voor voortbewegen, horen, zien, incontinentie?..... ja nee



- Zo ja, welke
86. Zijn er zaken waar tijdens de opname rekening mee gehouden moet worden?..... ja nee
- Zo ja, welke:
87. Bent u mantelzorger of krijgt u mantelzorg?..... ja nee

Ten slotte:

Heeft u alle vragen van deze vragenlijst begrepen en naar waarheid ingevuld?..... ja nee

Mogen medewerkers van MST U benaderen om informatie te geven over wetenschappelijk onderzoek?..... ja nee

Soms is het noodzakelijk om gegevens op te vragen bij andere medisch specialisten/uw huisarts om beter geïnformeerd te zijn over uw gezondheid. Hiervoor vragen wij u schriftelijk om toestemming:

Heeft u bezwaar tegen het opvragen van uw medische informatie bij uw huisarts en/of medisch specialist?..... ja nee

Naam:

Plaats:Datum:

Handtekening:.....