



bernhoven

Anesthesievragenlijst voor volwassenen

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Formulier ingevuld op (datum):.....

Indien u de vragenlijst heeft ingevuld bij Bernhoven locatie Uden, kunt u deze inleveren bij de zwarte brievenbus bij het Begeleidingscentrum in de hal (tegenover de Brasserie). In de andere gevallen verzoeken we u vriendelijk dit formulier zo snel mogelijk ingevuld op te sturen (liefst via de mail: PPO@bernhoven.nl) naar het Poliklinisch Preoperatief Onderzoek (PPO).

Heeft u moeite met de Nederlandse taal? ja nee

Vindt u het goed als de pre-operatieve screening telefonisch plaatsvindt als dat mogelijk is? ja nee

Gebruikt u pijnstillers zonder recept? ja nee

Zo ja, welke:.....

Gebruikt u St. Janskruid? ja nee

Gebruikt u medicijnen? ja nee

Bent u ooit eerder geopereerd? ja nee

Zo ja, waaraan:

waaraan/aandoening	wanneer	welke narcose heeft u gehad? algeheel / ruggenprik / blokverdoving

Heeft u ooit problemen gehad bij verdoving of narcose? ja nee

Zo ja, welk probleem:.....

Zijn in uw familie mensen met een spierziekte? ja nee

Zo ja, welke spierziekte:.....

Zijn in uw familie mensen die problemen met stolling van het bloed hebben? ja nee

Zo ja, welk probleem:.....

Zijn in uw familie mensen met maligne hyperthermie (= levensbedreigende erfelijke complicatie bij gebruik van bepaalde anesthesiemiddelen) ja nee

Bent u onder behandeling van een specialist/huisarts voor een bepaalde ziekte? ja nee
Zo ja, welke ziekte:.....
Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen, zoals antibiotica, jodium, latex, soja, pinda? ja nee
Zo ja, waarvoor:.....

Gebruikt u alcohol? ja nee
Zo ja, hoeveel glazen per week:.....
Rookt u? ja nee
Zo ja, hoeveel sigaretten/sigaren per dag:.....
Gebruikt u drugs? ja nee
Zo ja, welke en hoeveel per week:.....

Welke activiteiten zou u **maximaal** kunnen doen? Omcirkel het cijfer.

1. Rustig zitten eten
 2. Rustig wandelen, autorijden, televisie kijken, koken, uzelf wassen of scheren
 3. Rustig wandelen (4 km/u), boodschappen doen, rustig fietsen, stofzuigen
 4. Douchen, trappen aflopen, fietsen in middelmatig tempo, lichte gymnastiek
 5. Boodschappen doen met zware tas, tegen de wind in fietsen, wandelen in middelmatig tempo
 6. Trappen oplopen, lichte aerobics
 7. Lichte helling oplopen, flink doorfietsen (16 km/u), flink doorwandelen (8km/u)
 8. Rustig hardlopen, snel fietsen (20 km/u), intensieve aerobics
 9. In flink tempo hardlopen
 10. Sporten op hoog niveau
-

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? ja nee
Heeft u wel eens last van hartkloppingen? ja nee
Heeft u wel eens last van drukkende pijn op uw borst? ja nee
Heeft u een pacemaker? ja nee
Heeft u een hartafwijking? ja nee
Heeft u ooit een hartinfarct gehad? ja nee
Zo ja, wanneer:

Bent u kortademig bij inspanning zoals traplopen? ja nee
Heeft u een longziekte (astma, COPD, longemfyseem)? ja nee
Heeft u de afgelopen 6 weken een longontsteking gehad? ja nee
Heeft u de afgelopen 3 maanden COVID gehad? ja nee
Moet u regelmatig hoesten? ja nee
Zo ja, geeft u dan ook slijm op? En zo ja welke kleur? ja nee
Heeft u de afgelopen 3 maanden een prednisonkuur gehad voor uw longen? ja nee
Zo ja, wanneer was de laatste dag van deze kuur:

Snurkt u hard (harder dan praten of hard genoeg om het te horen met de deur dicht? ja nee
Bent u moe of voelt u zich gedurende de dag slaperig? ja nee

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Heeft iemand gehoord dat u stopt met ademen tijdens het slapen? ja nee
Heeft u obstructief slaapapneu syndroom (OSAS)? ja nee
Zo ja, heeft u een CPAP apparaat of een MRA beugel? ja nee

Heeft u last van maagklachten? ja nee
Heeft u een nieraandoening? ja nee
Heeft u een bijnierschorsprobleem of een nood stress schema van prednison? ja nee
Heeft u ooit een hersenbloeding of herseninfarct gehad? ja nee
Zo ja, wanneer:
Heeft u ooit een epileptische aanval gehad (ook wel toeval of insult genoemd) ja nee
Zo ja, wanneer:
Heeft u suikerziekte (diabetes)? ja nee
Heeft u een schildklierandoening? ja nee
Heeft u een neurostimulator? ja nee

Heeft u snel last van blauwe plekken? ja nee
Heeft u last van nabloeden, bijvoorbeeld bij trekken van tanden? ja nee
Heeft u ooit trombose of een longembolie gehad? ja nee

Gaat u akkoord met een eventuele bloedtransfusie bij een grote bloeding? ja nee
Zou u zwanger kunnen zijn? nvt ja nee
Bent u drager van een besmettelijke ziekte, bijvoorbeeld HIV / AIDS / Hepatitis? ja nee
Gaat u zonodig akkoord met afname van bloed voor onderzoek naar bv hepatitis / HIV bij een besmettingsrisico? ja nee
Heeft u de afgelopen 2 weken een vaccinatie gehad, bijvoorbeeld griep, COVID? ja nee
Zo ja, wanneer:.....

Hoeveel weegt u? kg.
Hoe lang bent u?..... cm.

Zijn er bijzonderheden aan uw gebit? Omcirkel wat voor u van toepassing is:

- Gebitsprothese onder / boven
- Plaatje onder / boven
- Loszittende tanden onder / boven
- Voortandreparatie onder / boven
- Afbrokkelende tanden/kiezen onder / boven
- Kronen / implantaten onder / boven
- Vaste beugel onder / boven

Heeft u moeite om uw mond wijd open te doen? ja nee

Heeft u last van bewegingsbeperkingen in uw nek? ja nee

De volgende twee vragen hoeft u alleen te beantwoorden als u in dagbehandeling wordt geopereerd:

1. Is er een volwassene die u na de operatie naar huis begeleidt? ja nee

2. Is er een volwassene die u de eerste 24 uur na de operatie thuis kan opvangen? ja nee

Ruimte voor vragen / opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heeft u vragen en/of opmerkingen over deze folder? Stuur een e-mail naar ppo@bernhoven.nl

Versie: januari 2023