

- b. Waren er complicaties/ problemen bij eerdere anesthesie/ narcose bij uzelf
of bij familieleden? JA NEE
Zo **JA**, welke

6. Wordt u op dit moment nog door een andere specialisme behandeld? JA NEE

Wie	Specialisme	Waarvoor	Laatste controle	Volgende controle

7. Als u na de operatie naar huis gaat, is er dan iemand die de eerste avond
en nacht bij u is en begeleidt? JA NEE
8. Heeft u last van claustrofobie(engtevrees)? JA NEE
9. Heeft u de patiëntenvoorlichtingsfolder ontvangen? JA NEE

Intoxicaties

10. a. Rookt u? Zo **JA**, hoeveel: /dag, gedurende jaar JA NEE
b. Bent u gestopt? Zo **JA**, gedurende jaar, en rookte toen /dag JA NEE
11. Drinkt u alcohol? Zo **JA**, glazen/dag of glazen/week JA NEE
12. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? JA NEE
Zo **JA** welke? Hoe vaak?

Circulatorius

13. Heeft u wel eens een pijn, drukkend of beklemd gevoel op de borst? JA NEE
14. Bent u **SNEL** kortademig bij normale inspanning? JA NEE
15. Bent u kortademig als u plat in bed ligt? JA NEE
16. Is er ooit een hartziekte bij u geconstateerd? JA NEE
17. Is er ooit bij u een hartgeruis gehoord? JA NEE
18. Heeft u een pacemaker of ICD JA NEE
Type:
19. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? JA NEE
20. Heeft u wel eens iets aan de bloedvaten gehad? (m.u.v. spataderen) JA NEE

Respiratorius

21. Heeft u longklachten(astma, bronchitis of longemfyseem) JA NEE
22. Heeft u last van luid snurken? JA NEE
23. Wordt u 's nachts frequent wakker? JA NEE
24. Heeft u overdag overmatig last van slaperigheid of moeheid? JA NEE
25. Heeft bij u al eens iemand opgemerkt, dat u 's nachts stopt
met ademen? JA NEE

Digestivus

26. Heeft u maagklachten of een maagzweer(gehad)? JA NEE
27. Heeft u last van opboeren, een zure smaak in de mond of een brandend gevoel in de borst als u gaat liggen? JA NEE
28. Heeft u last van misselijkheid en braken? JA NEE
29. Heeft u een voedselintolerantie?..... JA NEE
30. Heeft u hepatitis, geelzucht of een leverziekte(gehad)? JA NEE
- Zo **JA**, welke

Urogenitalis

31. Bent u (mogelijk) zwanger? JA NEE
- Zo **JA**, Weken
32. Zijn er WELEENS problemen geweest met de **WERKING van uw nieren**? JA NEE

Haematologisch

33. Heeft u last (gehad) van: JA NEE
- Lang nabloeden na trekken van tanden/kiezen of na operatie of bevalling JA NEE
 - spontane tandvleesbloedingen? JA NEE
 - spontane grote blauwe plekken? JA NEE
 - Spontane neusbloedingen JA NEE
 - Nabloeden bij kleine wondjes (b.v. na het scheren) JA NEE
 - Hevig bloedverlies tijdens de menstruatie? JA NEE
34. Gebruikt u medicatie op recept van een arts (zoals aspirine, ibuprofen, naproxen, diclofenac/voltaren of anders)? JA NEE
35. Gebruikt u medicatie van de drogist zoals (homeopathische) aspirine, ibuprofen, naproxen, diclofenac/voltaren of anders)? JA NEE
36. Heeft u hemofilie, de ziekte Von Willebrand of een andere bloedstollingziekte? JA NEE
- Zo **JA**, welke
37. Zijn er bij familieleden problemen met de bloedstolling? (Anders dan door het gebruik van bloedverdunnende medicatie) JA NEE
38. Heeft u ooit eerder een bloedtransfusie gehad? JA NEE

Endocrinologie

39. Heeft u een aandoening van de schildklier? JA NEE
40. Heeft u suikerziekte? JA NEE
- Zo **JA**, ik gebruik: Tabletten Insuline

Locomotorius

41. Heeft u last van een stijve nek of moeite om uw hoofd te bewegen? JA NEE
42. Kunt u gedurende 30 minuten stilliggen op uw rug zonder te bewegen? JA NEE
43. Heeft u problemen met de werking van uw spieren? JA NEE
-

Neurologisch

44. Heeft u **WELEENS** een hersenbloeding of beroerte gehad? JA NEE
45. Bent u **WELEENS** verlamd geweest? JA NEE
46. Heeft u epilepsie(vallende ziekte)? JA NEE
47. Komt er in uw familie een spierziekte voor? JA NEE
- Zo **JA**, welke
48. Heeft u **WELEENS** een zenuwbeschadiging gehad m.a.g. krachtverlies of gevoelsstoornissen? JA NEE
-

Dermatologisch

49. Heeft u last van :
- a. Jeuk JA NEE
- b. Rode huiduitslag JA NEE
-

Orofarynx

50. Heeft u problemen met het openen van uw mond? JA NEE
51. Heeft u losstaande tanden, kronen, beugel of gebitsprothese? JA NEE
52. **Medicijngebruik** (Neem uw medicijnen of medicijnpaspoort mee)
53. U geeft het apothekers voorlichtingscentrum Maastricht (AVM) toestemming voor het aanvragen van een overzicht medicijngebruik bij uw apotheek? JA NEE

Naam medicijn	Dosis	Tijdstip

54. Gebruikt u bloedverdunnende medicatie? JA NEE
- Zo **JA**, kruis dan aan welke:
- Ascal(acetylsalicylzuur) Plavix Prasugrel
- Acenocoumarol(sintrom) Fenprocoumon (marcoumar)
- Dabigatran(pradaxa) Xarelto (rivaroxaban)
- Andere:
- Welke trombosedienst bezoekt u?
-

Risicofactoren (Allergie)

55. Bent u allergisch/overgevoelig voor:

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| a. Pleisters | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| b. Jodium | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| c. Latex/ rubberproducten | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| d. Bepaalde medicijnen. | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |

Zo **JA**, welke

Algemene indruk

56. Inspanningstest (= **MET – score**)

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 1. Kunt u voor uzelf zorgen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 2. Zelfstandig eten, kleden en naar toilet? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 3. Loopt u zelfstandig binnenshuis rond? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 4. Kunt u buiten een paar blokjes rondlopen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 5. Kunt u licht huishoudelijk werk doen? (b.v. stoffen, afwassen) | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 6. Kunt u een trap of een heuvel oplopen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 7. Kunt u stevig doorwandelen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 8. Kunt u een korte afstand hardlopen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 9. Kunt u zwaar huishoudelijk werk doen zoals vloeren schrobben en meubels versjouwen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 10. Doet u nog wat aan recreatieve bezigheden: golf, fietsen, dansen, tennis dubbelspel, bowlen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 11. Doet u nog aan inspannende sporten: zwemmen, tennis enkelspel, wielrennen, skiën, voetbal? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |

Kunsthulpmiddelen

Heeft U:

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 57. Contactlenzen? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 58. Bril? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 59. Kunstnagels? Zo JA , verwijder deze thuis, voor de operatie. | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 60. Piercings? Zo JA , verwijder deze thuis, voor de operatie. | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 61. Hoorapparaat? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 62. Prothese? | | |
| a. gebitsprothese | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| b. oogprothese | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| c. andere | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 63. Gaat u akkoord met het ontvangen van bloed(producten), indien dit medisch gezien noodzakelijk is? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |
| 64. Zijn er nog bijzonderheden te vermelden? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEE |

Zo **JA** welke:

Preoperatieve vragenlijst volwassenen verpleegafdeling

65. In wat voor soort woning woont u? (omcirkel juiste antwoord) JA NEE
Huis/ Flat zonder lift/ Flat met lift/ Bejaardenhuis/ gelijkvloers/klooster
Anders:
66. Moet er thuiszorg voor u worden geregeld? JA NEE
Zo **JA**: Kunt u gebruik maken van Mantelzorg? JA NEE
Wat moet er verder worden geregeld?
.....
.....
67. Moeten er krukken voor u worden geregeld? JA NEE
68. Heeft u de folder pijnregistratie ontvangen? JA NEE
69. Heeft u de folder voorbereiding kind op narcose ontvangen? JA NEE
-

MUST

70. Is er de laatste 3-6 maanden ongewenst gewichtsverlies opgetreden? JA NEE
Zo **JA**: < 5% 5-10% > 10%
71. a. Bent u ernstig ziek en is er of zal er waarschijnlijk geen
voedselinname zijn Voor > 5d? JA NEE
- b. Lengte cm Gewicht kg BMI=
-
72. Is er een verhoogde kans op vallen of weglopen door:
- a. Valhistorie JA NEE
- b. Lichamelijke zwakte JA NEE
- c. Onvoldoende instrueerbaarheid/ ziekte-inzicht JA NEE
- d. Medicatie JA NEE
-

Handtekening patiënt:	Datum:
-----------------------	--------

MDL VRAGEN:

73. Darmklachten

- a: In het verleden darmpoliepen of darmtumor verwijderd? JA NEE
- b: Chronische darmontsteking (M. Crohn of colitis ulcerosa)? JA NEE
- c: Is de ontlasting het laatste jaar veranderd ? JA NEE
- d: Veranderd van frequentie JA NEE
- e: Veranderd van consistentie JA NEE

74. Consistentie van de ontlasting:

- a: waterdun JA NEE
- b: dun JA NEE
- c: brijchtig JA NEE
- d: Vast JA NEE
- e: Vast met zichtbaar bloed JA NEE
- f: Vast met zichtbaar slijm JA NEE

75. Pijnlijke aandrang JA NEE

Hoe vaak:

Familieanamnese76. Twee of meer eerstegraads familieleden met darmpoliepen? JA NEEZo **JA**, momenteel of in het verleden?77. Twee of meer eerstegraads familieleden met darmkanker? JA NEEZo **JA**, momenteel of in het verleden?

Welke familieleden en op welke leeftijd?

78. Eén of meer eerstegraadsfamilieleden die voor hun 50ste JA NEE

jaar darmkanker hebben gekregen?

Zo **JA**, welke familieleden en op welke leeftijd?79. Eén of meer eerstegraadsfamilieleden met baarmoederkanker of JA NEE

baarmoederhalskanker?

Zo **JA**, momenteel of in het verleden?

Handtekening patiënt:	Datum:
-----------------------	--------

