

## Vragenlijst betreffende de gezondheid van uw kind in te vullen met het oog op een heelkundige ingreep.

Gelieve deze vragenlijst, indien mogelijk met de hulp van uw huisarts, in te vullen en zo vlug mogelijk, voor uw ingreep, de dag van de interventie over te maken aan het verplegend personeel.

### MEDISCH GEHEIM

Naam: .....  
Geboortedatum : .....  
Telefoonnummer: .....

Voornaam:.....  
Gewicht: .....  
Lengte: .....

1. Lijdt uw kind aan een ernstige aandoening ? ja  neen   
(vb. Diabetes, hartproblemen, hartgeruis, nierproblemen, long- of leveraandoening...)

Zo ja, vermeld de aandoeningen en de jaren:

- a) .....  
b) .....  
c) .....  
d) .....

2. Onderging uw kind reeds eerder een operatie ? ja  neen

Zo ja, gelieve dan het type ingreep en het jaar te vermelden:

- a) .....  
b) .....  
c) .....  
d) .....

Waren er verwikkelingen? Welke? .....

.....  
.....  
.....

3. Onderging uw kind reeds:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • algemene anesthesie                                      | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> |
| • plaatselijke anesthesie                                  | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> |
| • loco-regionale anesthesie<br>(periduraal, rachi, plexus) | ja <input type="checkbox"/> | neen <input type="checkbox"/> |

Zo ja, deden er zich verwikkelingen of problemen voor? Welke?

.....  
.....

4. Is uw kind **allergisch**?

ja

neen

(voedsel, geneesmiddelen, antibiotica, jodium, kleefpleister, metalen, stof ...)  
(astma, eczeem, netelroos, oedeem)

Zo ja, verduidelijk: .....

.....  
.....

---

5. Heeft uw kind een valling of een verkoudheid?

ja

neen

---

6. Neemt uw kind regelmatig geneesmiddelen?

ja

neen

---

Zo ja, welke en hoeveel keer per dag: .....

.....  
.....

---

7. Deed zich bij een familielid een of ander probleem voor tijdens een anesthesie?

ja

neen

---

8. Bloedt uw kind gemakkelijk of heeft uw kind snel blauwe plekken?

ja

neen

---

9. Lijdt uw kind aan een overdraagbare ziekte?

ja

neen

---

datum:

Handtekening van één van de ouders:

datum:

Handtekening van de anesthesist:

Handtekening van de huisarts: