



# Anesthesie bij kinderen: Preoperatieve vragenlijst

Naam, voornaam van het kind:

.....

Geboortedatum: .....

Gewicht: .....kg      Lengte: .....cm



Geplande ingreep: .....

Te opereren zijde (zo van toepassing):      rechts       links

Behandelend geneesheer: .....

1. Is uw kind allergisch aan bepaalde producten (medicatie, antibiotica, pleister, ontsmettingsmiddel, latex, rubber, ..) of bepaalde voedingsmiddelen (banaan, kiwi, noten,...)?

.....  
Zo ja, beschrijf de reactie die uw kind hierop vertoont: .....

2.1 Neemt uw kind thuis medicatie? Noteer naam, hoeveelheid, uur waarop dit ingenomen wordt:

<i>(vb. Clamoxyl</i>	<i>3 x 125mg</i>	<i>8h + 12h + 18h)</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2.2 Krijgt uw kind puffs of aërosols toegediend?      Ja       Neen

Zo ja, noteer de naam + de hoeveelheid + uur waarop deze worden toegediend:

<i>(Vb. Atrovent</i>	<i>½ flacon van oplossing van 0.25mg/2 ml</i>	<i>8h + 12h + 18h</i>
<i>+ Ventolin</i>	<i>3 druppels van oplossing van 5 mg/ml</i>	<i>8h + 12h + 18h)</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3. Indien uw kind jonger is dan 8 maanden: was uw kind prematuur bij de geboorte?

Ja       Neen   
Zo ja, wat was de zwangerschapsduur (in weken)? .....

4. Onderging uw kind reeds vroeger een operatie onder volledige of gedeeltelijke verdoving?

Ja       Neen   
Zo ja, noteer wanneer en de aard van de operatie:

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

5. Hebben er zich voor, tijdens of na een vorige volledige verdoving ooit problemen voorgedaan bij uw kind?      Ja       Neen

Zo ja, beschrijf zo goed mogelijk deze problemen:  
.....  
.....  
.....

6. Hebben zich, voor zover bekend, bij iemand van de familie ooit problemen voorgedaan tijdens of na een volledige verdoving? Ja  Neen   
Zo ja, beschrijf zo goed mogelijk deze problemen:

.....  
.....

7. Is bij uw kind ooit een bepaald syndroom of aandoening vastgesteld:

.....

8. Heeft uw kind een ziekte of aandoening van:

- |                               |                  |
|-------------------------------|------------------|
| - Luchtwegen of longen:.....  | - Hart:.....     |
| - Bloeddruk:.....             | - Nieren: .....  |
| - Maag of darmen:.....        | - Lever: .....   |
| - Pancreas:.....              | - Huid: .....    |
| - Beenderstelsel:.....        | - Spieren: ..... |
| - Hersenen/Zenuwstelsel:..... | - andere: .....  |

9. Vertoont uw kind gemakkelijk bloedingen (spontane neusbloedingen, gemakkelijk nabloeden bij kwetsuren, ...)? Ja  Neen

10. Zijn er losstaande tandjes bij uw kind? Ja  Neen

11. Draagt uw kind: - een beugel? Ja  Neen   
- lenzen of een bril? Ja  Neen   
- een hoorapparaat? Ja  Neen

12. Werd bij uw kind ooit een prothese of pompje ingeplant? Ja  Neen

.....

13. Is uw kind recentelijk (laatste 3 weken) nog ziek of verkouden geweest? Ja  Neen   
Zo ja, welke behandeling werd er gegeven en wanneer werd deze gestopt?

.....  
.....

Tot wanneer had uw kind koorts? .....

---

14. **In te vullen op de dag van de operatie, vóór vertrek naar de operatiezaal**

Wanneer (tijdstip) heeft uw kind het laatst:

gegeten? ..... gedronken?.....

Vragen of opmerkingen: .....

.....  
.....

**In te vullen door de verpleegkundige van de kinderafdeling, vóór vertrek naar de operatiezaal:**

Toegediende medicatie:

- |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curpol siroop ..... ml   | <input type="checkbox"/> Dormicum siroop ..... ml |
| <input type="checkbox"/> Dafalgan suppo ..... mg  | <input type="checkbox"/> Alprazolam EG ..... mg   |
| <input type="checkbox"/> Dafalgan per os ..... mg | <input type="checkbox"/> Andere: .....            |