

Patiëntenvoorlichting

Gezondheidsvragenlijst voor sedatie met Propofol, locatie Alkmaar

Wilt u deze invullen?

Registratie-etiket van de patiënt

Wilt u uw naam en geboortedatum controleren of die correct op het etiket staan? Zo niet, wilt u dit dan op het etiket aangeven?

Waarom deze gezondheidsvragenlijst?

U krijgt binnenkort voor een onderzoek of behandeling sedatie met Propofol. Wilt u daarom onderstaande vragenlijst invullen? Met deze lijst gaat de Sedatie Praktijk Specialist - zo nodig in overleg met uw anesthesioloog - na of sedatie met Propofol veilig is voor u. Wilt u alle vragen daarom zo goed mogelijk beantwoorden?

Wilt u de vragenlijst zo spoedig mogelijk terugsturen naar locatie Alkmaar?

Wilt u de gezondheidsvragenlijst zo spoedig mogelijk ingevuld terugsturen? U kunt hiervoor de bijgevoegde retourenvelop gebruiken (een postzegel is niet nodig).

Het kan zijn dat we nog vragen hebben over uw ingevulde vragenlijst. We nemen dan telefonisch contact met u op en nodigen u zo nodig uit voor nader voorbereidend onderzoek.

Geef eventuele veranderingen door aan de Sedatie Praktijk Specialist

Verandert er in de tijd tussen het invullen van de vragenlijst en de ingreep iets rond uw gezondheid en/of medicijngebruik? Geef dit dan door aan de Sedatie Praktijk Specialist.

Controle vlak voor de ingreep

Op de dag van de ingreep vlak voor de operatie, gaat de Sedatie Praktijk Specialist nog een keer na of sedatie met Propofol veilig is voor u. U wordt zo nodig nog lichamelijk onderzocht. De kans is niet groot, maar houdt u er rekening mee dat de ingreep op basis van deze laatste controle niet door kan gaan.

In de folder 'Sedatie met Propofol' vindt u meer informatie en uitleg over sedatie met Propofol.

Vragenlijst

Wilt u alle vragen die hieronder staan beantwoorden?

1 Heeft u de folder 'Sedatie met Propofol' ontvangen en gelezen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2 Welk onderzoek of welke behandeling krijgt u?	
3 Hoe oud bent u? jaar.	
4 Wat is uw gewicht? kg.	
5 Hoe lang bent u? cm.	
6 Bent u wel eens eerder geopereerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<i>Zo ja, welke operatie heeft u ondergaan en wanneer?</i>	
1	in (jaar)
2	in (jaar)
3	in (jaar)
4	in (jaar)
5	in (jaar)
6	in (jaar)
7 Bent uw weleens opgenomen geweest in een ziekenhuis om een andere reden dan een operatie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja, wat is de reden?	
8 Bent u onder behandeling van een arts/specialist in MCA of een ander ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja, welke specialist?	
<input type="checkbox"/> longarts	
<input type="checkbox"/> neuroloog	
<input type="checkbox"/> neurochirurg	
<input type="checkbox"/> nefroloog	
<input type="checkbox"/> cardioloog	
<input type="checkbox"/> endocrinoloog	
<input type="checkbox"/> internist	
<input type="checkbox"/> anders, namelijk	
Naam andere ziekenhuis dan Noordwest Ziekenhuisgroep waar u bent behandeld:	

9 Bent u ergens allergisch voor?

ja nee

Zo ja, waarvoor?

- latex (rubber)
- jodium
- bruine en/of witte pleisters
- medicijnen, namelijk:
- soja, kiwi, banaan, noten
- anders, namelijk:

Welke allergische klachten krijgt u?

- huiduitslag en/of jeuk
- misselijkheid en/of braken
- benauwdheid en/of hartkloppingen
- zwelling van het gezicht, lippen en/of tong
- anders, namelijk

10 Gebruikt u medicijnen?

ja nee

Zo ja, welke?

- 1dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 2dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 3dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 4dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 5dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 6dosis:(mg) hoe vaak per dag:

11 Rookt u?

- ja, ik rook sinds ik jaar ben. Ik rook gemiddeld sigaretten per dag.
- nee, ik ben sinds jaar gestopt. Ik rookte gemiddeldsigaretten per dag.
- nee, ik heb nooit gerookt.

12 Gebruikt u alcohol?

- nee, ik drink (bijna) nooit alcohol.
- ja, ik drink glazen per week.

13 Gebruikt u drugs?

- nee, ik gebruik geen drugs.
- nee, ik ben sinds jaar gestopt. Ik gebruikte de volgende middelen:
.....
- ja, ik gebruik de volgende middelen:

14 Heeft u last van kortademigheid?

ja nee

Zo ja,

- als u zit of niet beweegt (in rust)
- bij lichte inspanning, 100-200 meter lopen
- bij forse inspanning, 2 trappen lopen

15 Heeft u een kunstgebit of plaatje?

ja nee

16 Heeft u stiftstanden, kronen of implantaten aan de voorkant van het gebit?

ja nee

17 Heeft u loszittende tanden of kiezen?

ja nee

18 Heeft u een piercing in de tong?

ja nee

19 Heeft u problemen met het volledig openen van uw mond?

ja nee

20 Heeft u last van een stijve nek of moeite om uw hoofd te buigen?

ja nee

21 Heeft u een bestraling gehad in het hoofd/halsgebied?

ja nee

22 Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk?

ja nee

23 Heeft u ooit een hartaanval gehad?

ja nee

24 Heeft een andere hartziekte?

ja nee

25 Heeft u wel eens pijn op de borst?

ja nee

26 Heeft u een benauwd gevoel als u plat ligt?

ja nee

27 Heeft u wel eens last van hartkloppingen?

ja nee

28 Heeft u last van hartruis (gehad)?

ja nee

29 Heeft u een pacemaker of een ICD?

ja nee

30 Heeft u astma, bronchitis of een andere longziekte?

ja nee

31 Gebruikt u daar dagelijks medicijnen voor?

ja nee

32 Heeft u regelmatig last van kortademigheid?

ja nee

33 Snurkt u behoorlijk of heeft u 's nachts ademstilstanden (OSAS, apnoe)?

ja nee

Zo ja, maakt u dan gebruik van een CPAP-masker?

ja nee

34 Heeft u ooit een slaaponderzoek gehad voor snurken?

ja nee

35 Heeft u ooit een trombosebeen of longembolie gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
36 Heeft u ooit een aandoening aan uw bloedvaten gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
37 Heeft u wel eens lang nagebloed (bijvoorbeeld na het trekken van tanden)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
38 Heeft u wel eens last van brandend maagzuur?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
39 Heeft u een besmettelijke ziekte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo ja, welke		
40 Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<hr/>		
41 Heeft u diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
42 Gebruikt u daar dagelijks insuline(tabletten) voor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
43 Bent u onder behandeling voor schildklierklachten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
44 Heeft u een nierziekte? Zo ja, heeft u een vochtbeperking? ml per dag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
45 Heeft u ooit een hersenbloeding of beroerte gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo ja, heeft u nog restverschijnselen? Welke?.....		
46 Heeft u epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<hr/>		
47 Heeft u eerder sedatie met Propofol gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
48 Heeft u ooit problemen gehad met narcose en/of sedatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Begeleiding na de ingreep

Voor uw eigen veiligheid is het erg belangrijk dat iemand u na de ingreep naar huis begeleidt. Ook is het belangrijk dat er 's nachts na de ingreep iemand bij u is. Houdt u er verder rekening mee dat u tot de volgende ochtend geen voertuigen mag besturen. Ook adviseren wij u om tot die tijd geen belangrijke beslissingen te nemen. (Denkt u bijvoorbeeld aan het aangaan van een belangrijke financiële verplichting.)

Uw handtekening

Wilt u met uw handtekening aangeven dat u begeleiding na de ingreep heeft geregeld en dat u akkoord gaat met sedatie met Propofol?

Datum:.....

Handtekening:

Mochten wij nog vragen hebben over uw antwoorden, dan willen wij u hiervoor telefonisch benaderen.

Noteer hier uw telefoonnummer waarop u altijd bereikbaar bent:



Heeft u nog vragen?

Met eventuele vragen kunt u telefonisch contact opnemen met de Sedatie Praktijk Specialist van locatie Alkmaar. Deze is bereikbaar op werkdagen van 9:00 uur tot 16:30 uur op telefoonnummer 072-548 4223. Bij geen gehoor kunt u bellen naar het algemene telefoonnummer 072 - 548 4444 en vraag vervolgens naar sein 7230 of 7229.