

Patiëntenvoorlichting

Gezondheidsvragenlijst voor procedurele sedatie en/of analgesie (PSA)

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 procedurele sedatie en/of analgesie. Wilt u daarom onderstaande vragenlijst invullen? Met deze lijst gaat de Sedatie Praktijk Specialist - zo nodig in overleg met uw anesthesioloog - na of procedurele sedatie en/of analgesie veilig is voor u. Wilt u alle vragen daarom zo goed mogelijk beantwoorden?

Wilt u de vragenlijst zo spoedig mogelijk terugsturen?

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 procedurele sedatie en/of analgesie 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 'Procedurele sedatie en/of analgesie' vindt u meer informatie en uitleg.

Vragenlijst

Wilt u alle vragen die hieronder staan beantwoorden?

1 Heeft u de folder 'Procedurele sedatie en/of analgesie' 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 u weleens opgenomen geweest in een ziekenhuis om een andere reden dan een operatie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <i>Zo ja, wat is de reden?</i>
8 Bent u onder behandeling van een specialist in Noordwest of een ander ziekenhuis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <i>Zo ja, welke specialist?</i>
<input type="checkbox"/> longarts <input type="checkbox"/> cardioloog
<input type="checkbox"/> neuroloog <input type="checkbox"/> endocrinoloog
<input type="checkbox"/> neurochirurg <input type="checkbox"/> internist
<input type="checkbox"/> nefroloog
<input type="checkbox"/> anders, namelijk
<i>Naam andere ziekenhuis dan Noordwest Ziekenhuisgroep waar u bent behandeld:</i>

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?

- 1 dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 2 dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 3 dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 4 dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 5 dosis:(mg) hoe vaak per dag:
- 6 dosis:(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?	
<input type="checkbox"/> nee, ik gebruik geen drugs.	
<input type="checkbox"/> nee, ik ben sinds jaar gestopt. Ik gebruikte de volgende middelen:	
<input type="checkbox"/> ja, ik gebruik de volgende middelen:	
14 Heeft u last van kortademigheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja,	
<input type="checkbox"/> als u zit of niet beweegt (in rust)	
<input type="checkbox"/> bij lichte inspanning, 100-200 meter lopen	
<input type="checkbox"/> bij forse inspanning, 2 trappen lopen	
15 Heeft u een kunstgebit of plaatje?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
16 Heeft u stiftstanden, kronen of implantaten aan de voorkant van het gebit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
17 Heeft u loszittende tanden of kiezen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
18 Heeft u een piercing in de tong?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
19 Heeft u problemen met het volledig openen van uw mond?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
20 Heeft u last van een stijve nek of moeite om uw hoofd te buigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
21 Heeft u een bestraling gehad in het hoofd/halsgebied?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
22 Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
23 Heeft u ooit een hartaanval gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
24 Heeft een andere hartziekte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
25 Heeft u wel eens pijn op de borst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
26 Heeft u een benauwd gevoel als u plat ligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
27 Heeft u wel eens last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
28 Heeft u last van hartruis (gehad)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
29 Heeft u een pacemaker of een ICD?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
30 Heeft u astma, bronchitis of een andere longziekte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
31 Gebruikt u daar dagelijks medicijnen voor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
32 Heeft u regelmatig last van kortademigheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33 Snurkt u behoorlijk of heeft u 's nachts ademstilstanden (OSAS, apnoe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja, maakt u dan gebruik van een CPAP-masker?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
34 Heeft u ooit een slaaponderzoek gehad voor snurken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 procedurele sedatie en/of analgesie 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 procedurele sedatie en/of analgesie?

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 contact opnemen met de sedatie praktijk specialist:

- locatie Den Helder, via de polikliniek anesthesiologie. Deze is op werkdagen van 8:30 tot 16:30 uur bereikbaar op telefoonnummer 0223 - 69 6439. U kunt dan vragen om de sedatie praktijk specialist. Ook kunt u mailen: psa-denhelder@nwz.nl
- 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. Ook kunt u mailen: psa-alkmaar@nwz.nl