

Bijlage 4 Gestandaardiseerde vragenlijst – preoperatieve fase

Onderstaande gezondheidsvragenlijst Oogheelkunde betreft een voorbeeld en voorliggende lijst is geen dwingend advies.

Gezondheidsvragenlijst Oogheelkunde

Uw oogarts overweegt of heeft besloten een operatieve ingreep bij u uit te voeren in verband met uw oogprobleem. Ter voorbereiding van deze procedure vragen wij u om bijgaande vragenlijst in te vullen. U kunt de vragen met ja of nee beantwoorden door een kruisje in de desbetreffende kolom te plaatsen. Indien aanvullende informatie gevraagd wordt kunt u dat bij de betreffende vraag aangeven.

Naam:
Geboortedatum: - -
Naam en adres van de apotheek:

Uw leeftijd: jaar
Wat is uw gewicht? kg
Wat is uw lengte? cm
Uw bloeddruk:/..... mm Hg
Uw polsslag: slagen per minuut, regelmatig/onregelmatig.

Vragen:	Ja	Nee
1. Kunt u zonder buiten adem te raken twee trappen op lopen?	0	0
2. Bent u ergens allergisch voor? Zo ja waarvoor? (Bijvoorbeeld pleisters, jodium, bepaalde medicijnen)	0	0
3. Wordt u verhoogde bloeddruk behandeld?	0	0
4. Zo ja, is uw medicatie in de laatste drie maanden veranderd?	0	0
5. Heeft u wel eens pijn of een beklemmend gevoel op de borst, de kaken, armen?	0	0
6. Bent u kortademig na of bij geringe inspanning?	0	0
7. Bent u kortademig als u plat in bed ligt?	0	0
8. Is er ooit een hartziekte, hart geruis of hartaanval bij u geconstateerd?	0	0
9. Heeft u een pacemaker of ICD met pacemaker?	0	0

Als U vraag 1, 5, 6, 7, 8 of 9 met "ja" hebt beantwoord graag antwoord op de volgende vragen:

Bent u onder controle van een cardioloog 0 0
Indien met "ja" beantwoord: bij wie en waarvoor bent u onder behandeling?

.....
Wanneer was uw laatste controle?

.....
Is uw medicatie in de laatste drie maanden veranderd? 0 0
Zo ja wat is er veranderd?

.....

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 10. | Wordt u behandeld voor uw schildklier of voor suikerziekte? | 0 | 0 |
| 11. | Indien ja, gebruikt u hiervoor tabletten of insuline? Welke en hoeveel?
..... | | |
| 12. | Heeft u longklachten, zoals astma, bronchitis, emfyseem, chronische hoest? | 0 | 0 |
| 13. | Gebruikt U zuurstof thuis? | 0 | 0 |
| 14. | Bent u bekend met OSAS of slaap apnoe (langdurige ademstilstand in de slaap)? | 0 | 0 |

Als u vraag 1, 6, 7, 12, 13 of 14 met "ja" hebt beantwoord graag antwoord op de volgende vragen:

- | | | |
|--|---|---|
| Bent U onder controle van een longarts? | 0 | 0 |
| Indien met "ja" beantwoord: bij wie en waarvoor bent u onder behandeling?
..... | | |

Wanneer was uw laatste controle?
.....

- | | | |
|---|---|---|
| Is uw medicatie in de laatste drie maanden veranderd? | 0 | 0 |
| Zo ja, wat is er veranderd?
..... | | |

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 15. | Heeft u een hersenbloeding of beroerte gehad? | 0 | 0 |
| 16. | Heeft u epilepsie, multiple sclerose of een andere zenuwaandoening? | 0 | 0 |
| 17. | Heeft u problemen met het volledig openen van de mond? | 0 | 0 |
| 18. | Heeft u of bruggen of los zittende elementen? | 0 | 0 |
| 19. | Heeft u wel eens lang na gebloed, bijvoorbeeld na het trekken van tanden kiezen of na een operatie? | 0 | 0 |
| 20. | Zijn er familieleden met bloedingsproblemen? | 0 | 0 |
| 21. | Heeft u last van een zure smaak of brandend gevoel in de borst als je gaat liggen? | 0 | 0 |
| 22. | Zijn er problemen of problemen geweest met de werking van de nieren? | 0 | 0 |
| 23. | Rookt u? | 0 | 0 |
| 24. | Zo ja, hoeveel per dag?sigaretten/per dag | | |
| 25. | Gebruik van alcohol? | 0 | 0 |
| 26. | Zo ja, hoeveel glazen per week? | | |
| 27. | Gebruikt U drugs? | 0 | 0 |
| 28. | Zo ja welke en hoe vaak ? | | |
| 29. | Bent u in de afgelopen drie maanden behandeld of opgenomen geweest in het buitenland ziekenhuis? | 0 | 0 |
| 30. | Voor vrouwen: Bent u zwanger of geeft u borstvoeding? | 0 | 0 |
| 31. | Heeft u eerder een operatie of een anesthesie ondergaan? | 0 | 0 |
| 32. | Zo ja zijn er toen complicaties geweest? | 0 | 0 |
| 33. | Bent U hardhorend? | 0 | 0 |
| 34. | Heeft u een angst- of paniekstoornis of bent u onder behandeling van een psychiater? | 0 | 0 |

35. Bent u onder behandeling van een huisarts of specialist anders dan hierbovengenoemd? 0 0
36. Zo ja, bij welke arts bent u onderbehandeling en waarvoor?

37. Heeft u nog aanvullende informatie die van belang kan zijn? 0 0
38. Graag hier uw actuele medicatie-overzicht. U kunt dit opvragen bij uw apotheek.

Aldus naar waarheid ingevuld

Datum: - -

Handtekening:

Naam: