

Preoperatieve Vragenlijst (anamnese) (Y 200)

Naam: \_\_\_\_\_  
Voornaam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_

ADRESSOGRAM

Kennis Nederlandse taal:  ja  neen, taal: \_\_\_\_\_ Welke talen verstaat u nog: \_\_\_\_\_

**Contactpersonen**

**1. Naam:** \_\_\_\_\_ **Verwantschap:** \_\_\_\_\_  
Tel.privé: \_\_\_\_\_ Tel.werk: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_  
**2. Naam:** \_\_\_\_\_ **Verwantschap:** \_\_\_\_\_  
Tel.privé: \_\_\_\_\_ Tel.werk: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_  
**Geen contactpersonen: sociale dienst is verwittigd door: naam vpk:** \_\_\_\_\_

*Is er een wettelijke vertegenwoordiger of bewindvoerder (kopie van gehandtekend en schriftelijk bewijs toevoegen)*

**Reden van opname**

Voor welke operatie of ziekteklacht wordt u opgenomen?  
Welke kant? (indien van toepassing)  
Welke operaties onderging u reeds en wanneer?  
Had u na deze operaties last van nabloeding, ademnood, braken?  
Waren er andere ongewone reacties?  
Zijn er rechtstreekse familieleden die ernstige problemen gehad hebben bij een algemene verdoving?

**Allergie**

Bent u overgevoelig/allergisch aan bepaalde geneesmiddelen? Zo ja welke:  
Is uw huid overgevoelig voor kleefpleister, jodiumtinctuur, vloeistoffen of andere producten? Zo ja welke:  
Hebt u andere allergieën? (vb. voedingsbestanddelen: lijst allergenen opvraagbaar bij verpleging: *via documentenbib.*) Zo ja welke:

**Heeft u last (gehad) van of wordt u behandeld voor:**

Hartklachten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Drukkende pijn op de borstkas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Kortademigheid of beklemming bij inspanning	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Hoeveel?
Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Hoeveel?
De longen (astma, chronische bronchitis, TBC)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Kortademigheid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Uitgebreide spataders (flebitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Gezwellen voeten of benen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Suikerziekte (insuline, inspuiting of tabletten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Zo ja, hebt u een terugbetaling via diabetesconventie/diabeteszorgtraject	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Zenuwziekte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Lang nabloeden na verwonding of tandextractie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Oogziekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Leverziekte / Geelzucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Schildklier	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Nierziekte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Maagontsteking of maagzweer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Hebt u een wonde / huidletsel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Welke?
Lijdt u aan AIDS of een andere besmettelijke aandoening?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Welke?
Lijdt u aan andere chronische ziekten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Welke?



Thuisituatie	
Heeft u in het dagelijks leven, hulp nodig bij:	
het wassen/kleden:	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, welke hulp: _____
het eten:	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, welke hulp: _____
het WC-gebruik:	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja: _____
incontinentie:	<input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> stoelgang
verplaatsen:	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, welke hulp: _____
Woont u:	<input type="checkbox"/> Thuis, samen met : _____ / <input type="checkbox"/> alleen /: <input type="checkbox"/> Inwonend bij: _____ <input type="checkbox"/> Woonzorgcentrum: _____ d _____ <input type="checkbox"/> Serviceflat: _____

Ontslagplanning	
Wat zijn uw verwachtingen na ontslag uit het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Terug naar huis <input type="checkbox"/> Terug naar woonzorgcentrum <input type="checkbox"/> Opvang bij familielid <input type="checkbox"/> Opname woonzorgcentrum <input type="checkbox"/> Andere: _____
Wenst u bijkomende hulp na uw ontslag uit het ziekenhuis, tijdens of na uw verblijf?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, welke? _____
Hebt u vervoer voorzien bij uw ontslag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Spirituele begeleiding	
Zijn er verwachtingen vanuit uw culturele achtergrond?	<input type="checkbox"/> ja, welke : _____ <input type="checkbox"/> neen

Deze vragenlijst werd ingevuld op (datum):.....

Naam van de bevrageerde: .....  patiënt zelf  partner  kind  andere

Handtekening:.....

**IN TE VULLEN DOOR VERANTWOORDELIJKE VERPLEEGKUNDIGE**

Naam VPK: \_\_\_\_\_

PARAF VPK: \_\_\_\_\_

**Inventaris**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wandelstok<br><input type="checkbox"/> Looprek<br><input type="checkbox"/> Rolstoel<br><input type="checkbox"/> Bril/lenzen<br><input type="checkbox"/> Prothesen / gebit<br><input type="checkbox"/> Hoorapparaat(-en): <input type="checkbox"/> 1 / <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> andere: | <input type="checkbox"/> Waardevolle voorwerpen en geld (neem contact op met de sociale dienst) |
|---|---|

**GRP score (in te vullen zo >75 j of volgens noodzaak)**

**Totaalscore \_\_\_/6**

Is er een cognitieve stoornis aanwezig? (desoriëntatie/dementie/delirium)	(neen=0, ja=2) ___/2
Is de patiënt alleenwonend of samenwonend met hulpbehoevende partner?	(neen=0, ja=1) ___/1
Gaan de transfers moeizaam of is de patiënt gevallen het voorbije jaar?	(neen=0, ja=1) ___/1
Is de patiënt gehospitaliseerd geweest de laatste drie maanden?	(neen=0, ja=1) ___/1
Gebruikt de patiënt 5 of meer geneesmiddelen?	(neen=0, ja=1) ___/1

*Indien score  $\geq 2$  pntn mail naar [gst@hhleuven.be](mailto:gst@hhleuven.be)*

**NORTON-score (in te vullen bij elke opname)**

**Nortonscore: \_\_\_/20**

Alg. lichaam. toestand		Geestelijke toestand					Activiteit			Mobiliteit			Incontinentie			
4. Goed		4. Goed					4. Ambulant			4. Volledig			4. Niet			
3. Redelijk		3. Apatisch					3. Loopt mits hulp			3. Licht beperkt			3. Af en toe			
2. Matig		2. Verward					2. Stoelgebonden			2. Ernstig Beperkt			2. Urine			
1. Slecht		1. Onbewust					1. Bedlegerig			1. Immobiel			1. Urine en faeces			
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Sterk verhoogd risico							Verhoogd risico			Geen risico						
Anti-decubitusmatras en wisselhouding							Wisselhouding									

**MRSA screening\***

neen       ja

*\* dient te gebeuren bij een patiënt uit RVT/service flat, ex-MRSA-patiënt, heropname in het ziekenhuis.*