******HHZH/ALG/020

***VERTROUWELIJK ANAMNESEFORMULIER***

*identificatieklever*

Mevrouw, Mijnheer, u werd zonet opgenomen in het H.-Hartziekenhuis Lier.

In het streven naar een optimale zorgverlening gedurende uw ziekenhuisverblijf, vragen wij u dit document met de nodige aandacht te willen invullen. Deze gegevens zijn bestemd

als aanvulling op de informatie die door uw huisarts of uw specialist werd meegedeeld.

Bij vragen of onduidelijkheid, kan u steeds terecht bij de verantwoordelijke verpleegkundige.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Familiale toestand : O** gehuwd **O** samenwonend **O** andere (rusthuis, RVT,…) : ………….  **O** ongehuwd **O** alleenwonend **O** kind(-eren)  **Leeftijd : Gewicht :** kg **Bloedgroep :**    **Lengte :** cm (overhandig bloedgroepkaartje aan verpleging a.u.b.)  **Beroep : Mogelijke zwangerschap : O** ja **O** neen | | | | | | | |
| *Contactpersonen :* |  | **naam + verwantschap** | **tel.- of gsm nr.** | **s nachts verwittigen** | | | |
|  | **1.** |  |  | **O** | ja | **O** | neen |
|  | **2.** |  |  | **O** | ja | **O** | neen |
|  | **3.** |  |  | **O** | ja | **O** | neen |

**Krijgt u thuis hulp van derden?** *Zo ja, duid aan:* **O** ja **O** neen

**O** thuisverpleging **O** poetshulp **O** warme maaltijden **O** andere ……………………………………………

Duid aan wat voor u van toepassing is : **" Ik draag "**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O** een kunstgebit  **O** een hoorapparaat | **O** lenzen  **O** bril | **O**  **O** | andere prothese(n) . . . . . . . . . . . . . . .  pacemaker |
|  |  | **O** | ICD (defibrillator) |

**Volgt u een dieet ? O** neen **O** ja, welk : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Heeft u een attest nodig ?** *(bv. werk, school,… )* **O** neen **O** ja, voor : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pastorale zorg** |  | | | |
| Wenst u de communie te ontvangen ? | **O** neen | **O** | ja | **O** dins- en donderdag |
| Ziekenzalving | **O** reeds gehad | **O** | gewenst op vraag | **O** op zondag |

**Heeft u nog specifieke vragen of bemerkingen ?** (zo ja, gelieve deze hier te noteren)

(zie ook ommezijde aub)

**SPECIFIEKE VRAGENLIJST VOOR DOKTER ANAESTHESIST EN VERPLEEGKUNDIGEN**

*Beantwoord de volgende vragen met* ***ja*** *of* ***neen*** *en geef zo nodig een woordje uitleg. Bedankt!*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Waarom bent u opgenomen ? | | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . . . . . . . . . . |  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . . . . . . . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |  | . . |  | . . |  | . | . | . | . | | . . | . |
| Werd u vroeger reeds opgenomen in een ziekenhuis ? *Waarom en wanneer ?*  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Werd u reeds volledig in slaap gedaan (narcose) ? *Voor welke ingrepen ?*  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u ooit **ongewone reacties** of **problemen** gehad na een algemene of plaatselijke verdoving ? *Welke ?*  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Neemt u momenteel **medicatie** ? *Welke ?*  ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . .  ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . . ~ . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u de laatste 2 jaren nog specifieke medicatie genomen, naast de medicatie die u  *nu neemt ? Welke ?* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** | | Neen |
| Gebruikt u regelmatig **slaapmiddelen**, **pijnstillers** of **kalmeermiddelen** ? *Welke en hoeveel ?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Kreeg u reeds een **bloedtransfusie** ? *Waarom ?* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u **overgevoelig** of **allergisch** voor bepaalde medicatie, voedingswaren of andere stoffen  (kleefpleister, pollen, . . .) ? *Welke ?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen  **O** Onbekend | | |
| Gebruikt u **alcohol** ? | **O** dagelijks | **O** wekelijks | | | | | | | | | | | **O** zelden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| **Rookt** u ? *Hoeveel ?* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u gemakkelijk **rugklachten** ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u stoelgangproblemen ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Neemt u thuis iets om de stoelgang te bevorderen ? *Zo ja, wat ?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u problemen bij het wateren? *Zo ja, welke?……………………………………………………….* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u **hartklachten** (beklemmend gevoel of pijn in borstkas, infarct, hartkloppingen,… )?  *Welke?* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u vlug kortademig of voelt u zich vlug benauwd bij inspanningen ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u vlug kortademig of voelt u zich vlug benauwd in rust ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u soms gezwollen benen en / of voeten ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u last van spataders (varices) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u ooit al flebitis (onsteking bloedvat) gehad ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u soms last van een te hoge bloeddruk ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u soms last van een te lage bloeddruk ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Blijft u lang nabloeden na een verwonding of een tandextractie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u **ademhalingsproblemen** (astma, chronische brochitis, hooikoorts, … ) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u ooit een zware longaandoening doorgemaakt (longontsteking, tuberculose, …)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Moet u veel hoesten ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Moet u fluimen ophoesten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Lijdt u op dit moment aan een verkoudheid of griep ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u in behandeling voor **suikerziekte** (diabetes) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Krijgt u inspuitingen (zo ja, vermeld aantal eenheden+product+tijdstip) of neemt u specifieke  geneesmiddelen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Heeft u ooit geelzucht (hepatitis) gehad ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u in behandeling voor een zenuwziekte ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Voelt u zich uitermate angstig of zenuwachtig ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Bent u in de afgelopen 6 maanden thuis gevallen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Werd u ooit in het ziekenhuis opgenomen voor een val(incident)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |
| Lijdt u soms aan een andere aandoening ? *Welke ?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **O** | Ja | | | | | | | **O** Neen | | |

*Deze vragenlijst werd ingevuld door dhr/mevr patiënt / familie / vpk. /andere*