



Patiëntanamnese kinderafdeling

versie oktober 2023

AZ Voorkepen

algemeen ziekenhuis

emmaüs

www.azvoorkepen.be • azvoorkepen@emmaüs.be
Oude Liersebaan 4 • 2390 Malle • 03 380 20 11

Wij heten je van harte welkom in ons ziekenhuis. Wij doen ons uiterste best om het verblijf van jouw kind zo aangenaam en zo professioneel mogelijk te laten verlopen. Om dit te realiseren, verkrijgen we graag van jou of jouw familie de noodzakelijke informatie via dit formulier. De verpleegkundige overloopt met jou deze informatie bij opname.

Etiket	Contactpersonen: 1) Naam: Tel/gsm: Relatie: 2) Naam: Tel/gsm: Relatie:
Huisarts en/of kinderarts:	
E-mailadres patiënt:	

Bij ontslag mogen volgende personen (bij afwezigheid van de ouders) jouw kind mee naar huis nemen:

Naam en voornaam:

Gelieve in te vullen welke medicatie jouw kind thuis gebruikt. Breng deze ook mee bij de opname.

naam	dosis	morgen	middag	avond	slapen

Neemt jouw kind koorts/pijnmedicatie?	.....
Zo ja, welke en hoe laat was de laatste toediening?	.....
Neemt jouw kind vitamines? <i>bv. D-cure</i>	.....
Is jouw kind allergisch aan bepaalde medicatie? <i>bv. penicilline</i>	.....
Zo ja, aan welke en wat waren de symptomen?	.....
Wordt jouw kind behandeld voor suikerziekte?	.....
Zo ja, krijgt jouw kind inspuitingen of neemt het speciale tabletten?	.....
Neemt jouw kind bloedverdunders? <i>bv. Aspirine</i>	.....
Zo ja, moest je die in overleg met jouw arts stopzetten?	.....

Voorbehouden aan de verpleging:

Datum:

Naam:

Handtekening:

1. Thuisituatie voor opname (aankruisen en/of invullen)

Woont bij

- mama en papa mama en mama papa en papa co-ouderschap mama
 papa voogd pleegouder Moeder Baby eenheid
 in een zorgcentrum:..... andere:.....

Onderwijs

- gewoon onderwijs buitengewoon onderwijs (type:.....) n.v.t.

Hulp van

- familie thuisverpleging gezinshulp vrienden n.v.t.

Zorgbehoefte

zindelijkheid: volledig luier 's nachts luier 24/24 uur
gebruik luiers ziekenhuis (worden aangerekend) : ja / neen

hygiëne: zelfstandig gedeeltelijke hulp volledige hulp
ouders wensen hun kind zelf te wassen: ja / neen

mobiliteit: zelfstandig gedeeltelijke hulp volledige hulp

voeding: zelfstandig gedeeltelijke hulp volledige hulp

slapen:
voormiddagdutje: uur
namiddagdutje: uur
nacht: uur
wanneer moet jouw kind gaan slapen indien dit alleen blijft: uur
hulpmiddelen: knuffeldoek beertje tut

Heeft jouw kind ooit MRSA (ziekenhuisbacterie) gehad?

Lijdt jouw kind aan een besmettelijke ziekte? *bv. Hepatitis, aids*

2. Voeding

Volgt jouw kind een dieet? Zo ja, welk?

Heeft jouw kind een allergie aan bepaalde voedingsbestanddelen? Zo ja, welke?

Gewone voeding (idem volwassenen)
of

Aangepaste voeding:

Borstvoeding

Flesvoeding: naam:

.....(aantal) flessen van ml

toevoegingen per fles (wat en hoeveel):

tijdstip(pen) van toediening:

toediening fles: opgewarmd / kamertemperatuur

Groentebrij: tijdstip:uur

Fruitpap: tijdstip:uur

Boterhammen

Voeding inslapende ouder (niet bij daghospitalisatie):

Middagmaal: standaard

Avondmaal: broodmaaltijd: bruin brood of wit brood – koffie of thee (*omcirkelen*)

3. Algemene informatie (aankruisen en/of invullen)

gewicht:..... lengte:.....

Taal

- Nederlands Frans Engels andere:.....

Zicht

- bril contactlenzen blind

Gehoer

hoorapparaat: links / rechts doof

Toxische gewoonten

- roken zo ja, hoeveelheid:
- alcohol zo ja, hoeveelheid:
- drugs zo ja, hoeveelheid:

4. Geestelijke gezondheidszorg (aankruisen en/of invullen)

Is er sprake van

ADHD/ADD autisme spectrum stoornis

Vertoont jouw kind

- angsten prikkelgevoeligheid opstandig gedrag teruggetrokken gedrag impulsiviteit
- stressgevoeligheid depressief gedrag sociale problemen:
- andere:

Heeft jouw kind regelmatig klachten van

hoofdpijn buikpijn andere lichamelijke klachten:

Zijn er moeilijkheden rond

eten slapen zindelijkheid

Is er psychologische begeleiding

ja neen

zo ja:

.....

Naam: Handtekening:

5. In te vullen indien jouw kind wordt geopereerd of een onderzoek onder anesthesie ondergaat

Voor welke ingreep of onderzoek wordt jouw kind nu opgenomen?

Indien van toepassing, aan welke zijde van het lichaam wordt jouw kind geopereerd?

Wens je voor de operatie of het onderzoek een anesthesist te zien?

Wanneer en hoeveel heeft jouw kind voor het laatste gegeten of gedronken?

Bloeddruk: Hartslag/minuut:

Blijf je bij jouw kind bij de aanvang van narcose tot jouw kind slaapt + op de recovery na de operatie of het onderzoek? Ja Neen, reden:

1 Werd jouw kinds reeds vroeger geopereerd?

1a Welke operaties en wanneer?

.....

.....

1b Op welke manier werd jouw kind verdoofd?

1c Vertoonde jouw kind ongewone reacties na een plaatselijke of algemene verdoving?

.....

1d Had jouw kind last van misselijkheid of braken na de verdoving?

1e Zijn er familieleden met anesthesieproblemen?

.....

2 Wat is de bloedgroep van jouw kind? (gelieve het bloedgroepkaartje toe te voegen)

3	Kreeg jouw kind reeds bloedtransfusies en waarom?	.....
4	Is de huid van jouw kind gevoelig aan kleefpleisters? Welke?	.....
4a	Is de huid van jouw kind gevoelig aan ontsmettingsproducten? Welke?	.....
5	Lijdt jouw kind aan een hartziekte of heeft het ooit hartproblemen gehad?	.....
6	Is jouw kind kortademig of krijgt het soms een beklemmend gevoel bij inspanning?	.....
7	Heeft jouw kind verhoogd risico op trombose?	.....
8	Blijft jouw kind lang nabloeden na een verwonding of tandextractie?	.....
9	Loopt jouw kind bij kneuzingen gemakkelijk blauwe plekken op?	.....
10	Heeft jouw kind last van een hoge of lage bloeddruk?	.....
11	Lijdt jouw kind aan ademhalingsstoornissen, astma of bronchitis?	.....
12	Lijdt jouw kind aan een oogziekte? Gebruikt het oogdruppels? Zo ja, welke?	.....
13	Is jouw kind in behandeling voor een zenuwziekte?	.....
14	Heeft jouw kind losstaande tanden?	.....
15	Lijdt jouw kind aan een andere ziekte?	.....
16	Is jouw kind op dit moment verkouden en/of heeft jouw kind griep?	.....
17	Heeft jouw kind regelmatig maaglast?	.....
18	Wens je nog andere bijzonderheden te vermelden?	.....

- Afwezigheidsbriefje voor (omcirkelen): school - kinderopvang - zwemmen - turnen
- Sociaal verlof: (naam ouder)
- Verzekeringpapieren: (gelieve deze bij te voegen)

Belangrijke opmerkingen:

- 6 uren voor de ingreep: niet meer eten en drinken (flesvoeding)
- 4 uren voor de ingreep: geen borstvoeding
- 24 uren voor de operatie: niet meer roken
- Beugel, bril, hoorapparaat, contactlenzen, piercings en juwelen uitdoen voor het vertrek naar de operatiezaal.
- Geen make-up, geen nagellak, geen spannende kledingstukken (geen bh, spannende mouwen of dergelijke).

Toestemming tot anesthesie:

Ik bevestig dat ik voldoende inlichtingen heb gekregen over de anesthesie die mijn kind moet ondergaan. Ik geef aan de artsen van de dienst anesthesie-reanimatie mijn toestemming om een anesthesie te verrichten en de bijhorende medische procedures uit te voeren.

Datum: Naam: Handtekening:

Voorbehouden aan de arts-anesthesist:

Ik bevestig dat de patiënt (of ouder, voogd van de patiënt) uitleg heeft gehad over zijn anesthesie en ben van oordeel dat de patiënt (of ouder, voogd van de patiënt) de voordelen en de mogelijke risico's heeft begrepen.

Datum: Naam: Handtekening: