

Screeningsformulier

Patiëntgegevens

Afdeling Endoscopiecentrum
HagaZiekenhuis Zoetermeer
(079) 346 2509

Uw behandelende arts heeft een endoscopisch onderzoek aangevraagd met sedatie. Dit betekent dat u een slaapmedicijn krijgt toegediend via een infuus direct in de bloedbaan.

Wij vragen u om deze vragenlijst volledig in te vullen en mee te nemen naar het verpleegkundig spreekuur. Met uw antwoorden kan een veilig onderzoek gewaarborgd worden.

(s.v.p. omcirkelen wat van toepassing is)

1. Wat is uw lengte cm; en uw gewicht kg
 2. Bent u overgevoelig voor medicijnen ja nee onbekend
 - a. Zo ja, voor welke medicijnen bent u overgevoelig?
 - b. Bent u overgevoelig voor:

Jodium	ja	nee	onbekend
Pleisters	ja	nee	onbekend
Contrastvloeistof	ja	nee	onbekend
 3. Gebruikt u medicijnen ja nee
 - a. Gebruikt u bloedverdunners? ja nee
 - i. Zo ja, welke (graag naam en dosering):
 - ii. Indien u bloedverdunners gebruikt, staat u onder controle van een trombosedienst? Zo ja, welke trombosedienst?
 - iii. Voor welke aandoening gebruikt u de bloedverdunners?
 - b. Gebruikt u ijzertabletten? Zo ja, welke? (graag naam en dosering invullen)
 - c. Gebruikt u diabetes medicatie? ja nee
- Zo ja, welke medicatie gebruikt u hiervoor (graag naam en dosering):

Dit screeningsformulier is tot 6 maanden na invullen geldig.

d. Gebruikt u andere medicijnen dan hierboven reeds aangegeven?

4. Leefgewoonten:

- | | | |
|---|----|-----|
| a. Rookt u dagelijks meer dan 5 sigaretten? | ja | nee |
| b. Drinkt u dagelijks meer dan 2 glazen alcohol? | ja | nee |
| c. Gebruikt u drugs zoals bijvoorbeeld heroïne, cocaine, XTC? | ja | nee |

5. Heeft u eerder een ingreep of operatie onder narcose of sedatie ("roesje") ondergaan?

- a. Zo ja: Welke ingrepen of operaties heeft u ondergaan en wanneer?

- | | | |
|---|----|-----|
| b. Zijn er problemen met de narcose of sedatie geweest? | ja | nee |
|---|----|-----|

6. Bent u onder behandeling van een cardioloog?

Zo ja, welke hartproblemen heeft u:

- | | | |
|---|----|-----|
| a. Bent u snel kortademig bij inspanning (bijv. na 100 meter lopen of 1 trap omhoog)? | ja | nee |
| b. Heeft u een ICD (inwendige defibrillator) of een pacemaker? | ja | nee |
| c. Heeft u wel eens pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning (bijv. na 100 meter lopen of 1 trap omhoog)? | ja | nee |
| d. Heeft u last van hartkloppingen/ onregelmatige hartslag? | ja | nee |
| e. Lijdt u aan hoge bloeddruk? | ja | nee |

7. Heeft u een spierziekte of neurologische aandoening?

Zo ja, welke problemen heeft u:

- | | | |
|---|----|-----|
| a. Heeft u een beroerte/ CVA/ TIA gehad? | ja | nee |
| b. Heeft u epilepsie? | ja | nee |
| c. Heeft u M. Parkinson, MS, ALS, dystrofia myotonica, myasthenia gravis? | ja | nee |
| d. Heeft u reumatoïde artritis of een andere gewrichtsziekte? | ja | nee |

8. Bent u onder behandeling van een longarts?

- | | | |
|---|----|-----|
| a. Heeft u astma/ COPD? | ja | nee |
| b. Heeft u recent (< 3 maanden) voor astma/ COPD nog prednison gebruikt? | ja | nee |
| c. Gebruikt u extra zuurstof thuis? | ja | nee |
| d. Bent u snel kortademig bij inspanning (bijv. na 100 meter lopen of 1 trap omhoog)? | ja | nee |

9. Bent u bekend met een verhoogde kans op nabloeden (bijv. ziekte van Von Willebrand of hemofilie)?

ja nee

10. Heeft u problemen bij het bewegen van hoofd en nek?

ja nee

Dit screeningsformulier is tot 6 maanden na invullen geldig.

- | | | |
|---|----|-----|
| 11. Heeft u een gebitsprothese of gebitsimplantaten? | ja | nee |
| 12. Snurkt u overmatig? | ja | nee |
| 13. Is bij u het slaap-apneu syndroom (OSAS) vastgesteld? | ja | nee |
| a. Gebruikt hiervoor een CPAP apparaat thuis? | ja | nee |
| 14. Heeft u een nierziekte? | ja | nee |
| Zo ja, welke nierziekte heeft u: | | |
| 15. Heeft u een leverziekte (bijv. hepatitis)? | ja | nee |
| Zo ja, welke leverziekte heeft u: | | |
| 16. Heeft u een verhoogde oogdruk (glaucoom)? | ja | nee |
| 17. Heeft u een heup/knieprothese? | ja | nee |
| 18. Heeft u een stoma? | ja | nee |
| 19. Heeft u last van obstipatie? | Ja | nee |
| 20. Heeft u een chronische darmziekte (ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa)? | ja | nee |
| 21. Heeft u in het verleden tumoren gehad in dunnedarm/ slokdarm/maag? | ja | nee |
| 22. Heeft u in het verleden een dikke darmtumor gehad? | ja | nee |
| 23. Bent u zwanger of zou u zwanger kunnen zijn? | ja | nee |
| 24. Hebt u de desbetreffende patiënten informatie voor dit onderzoek in uw bezit? | ja | nee |

25. Contactpersoon naam en telefoonnummer:

Relatie tot contactpersoon:

Komt uw contactpersoon u ook ophalen? Zo niet, wat is het telefoonnummer van uw vervoer/begeleider:

Dit screeningsformulier is tot 6 maanden na invullen geldig.

26. Ik ben voldoende geïnformeerd vooraf en tijdens het gesprek over: ja nee

- a. het doel van de ingreep
- b. de procedure
- c. de risico's en mogelijke complicaties
- d. de mogelijkheden van sedatie
- e. de aanpak bij bijzonderheden (o.m. stoma, diabetes, medicijngebruik)
- f. de voorbereiding
- g. de instructies voor de dag van het onderzoek
- h. de nazorg

27. Ik heb schriftelijke informatie ontvangen over: ja nee

- a. Het onderzoek zelf
- b. De voorbereiding van het onderzoek

28. Ik ga akkoord met de uitwisseling van foto/videomateriaal aan het RDGG/Haga Ziekenhuis mocht dit noodzakelijk zijn n.a.v. het onderzoek in het HagaZiekenhuis Zoetermeer?

Ja nee

29. Ik verklaar hierbij dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb beantwoord.

Datum

Handtekening

Het ondertekenen van dit formulier kunt u doen tijdens het hierboven genoemde spreekuur.

Om u zo goed mogelijk te kunnen helpen vragen wij u een Actueel Medicatie Overzicht mee te nemen naar uw afspraak. U kunt dit aanvragen bij uw huisarts of apotheek.

Dit screeningsformulier is tot 6 maanden na invullen geldig.

Wij sturen dit formulier naar alle patiënten die een colonoscopie ondergaan, ongeacht de klachten, of de aandoening die u heeft.

Op deze pagina vragen wij u of er kanker in uw familie voorkomt.

	Soort kanker	leeftijd diagnose
Kinderen		
Hoeveel kinderen heeft/had u?	.....	
Is bij hen kanker vastgesteld?	☐ ja ☐ nee	
Zo ja, bij wie en welk soort kanker?	.....	.....
Ouders		
Is bij hen kanker vastgesteld?	☐ ja ☐ nee	
Zo ja, bij wie en welk soort kanker?	.....	.....
Broers		
Hoeveel broers heeft/had u?	.....	
Is bij hen kanker vastgesteld?	☐ ja ☐ nee	
Zo ja, bij wie en welk soort kanker?	.....	.....
Zussen		
Hoeveel zussen heeft/had u?	.....	
Is bij hen kanker vastgesteld?	☐ ja ☐ nee	
Zo ja, bij wie en welk soort kanker?	.....	.....

MRSA/BRMO (Bijzonder resistente micro-organismen) vragen;

1. Bent u aangetoond drager van BRMO- of MRSA-bacterie? Ja/nee
2. Is er bij uw partner, huisgenoot of uw verzorger BRMO of MRSA-bacterie aangetoond? Ja/nee
3. Bent u recent behandeld of opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling? Ja/nee
4. Werkt of woont u op een bedrijf waar bedrijfsmatig varkens vleeskalveren of vleeskuikens worden gehouden? Ja/nee
5. Verbleef u de afgelopen twee maanden in een zorginstelling met een MRSA/ BRMO uitbraak? Ja/nee
6. Woonde u de afgelopen twee maanden in een instelling voor asielzoekers? Ja/nee

Dit screeningsformulier is tot 6 maanden na invullen geldig.