

Medische vragenlijst voor kinderen

Datum :

Naam :

Geboortedatum :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

Naam huisarts :
 Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts JA / NEE

Handtekening :

| | ASA- score |
|--|-------------------------------------|
| 1 <i>Is uw kind (nu of vroeger) onder behandeling of controle bij een (huis)arts, psycholoog of specialist? Zo ja,</i> | JA NEE I |
| Welk ziekenhuis? Welke afdeling? Welke arts? Waarvoor? | |
| 2 <i>Heeft uw kind longziekten of luchtwegafwijkingen (cara, astma, bronchitis, vaak hoesten, longontstekingen)? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Heeft uw kind daar nu last van? Helpen medicijnen onvoldoende? Is uw kind snel kortademig? | ja nee II ja nee II ja nee II |
| 3 <i>Heeft uw kind een hartruis of een aangeboren hartafwijking? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Heeft uw kind acuut reuma gehad? Zo ja, Zijn er bij de tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Zijn er klachten ten gevolge van de hartafwijking? | JA NEE II ja nee II ja nee II |
| 4 <i>Heeft uw kind een hartoperatie ondergaan? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Waarvoor? Heeft uw kind een kunsthartklep gekregen? Zijn er na de ingreep klachten gebleven? | ja nee II ja nee III |
| 5 <i>Heeft uw kind hartritme problemen? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Kan uw kind niet aan alle activiteiten meedoen? Moet uw kind tijdens aanvallen gaan zitten of liggen? | ja nee III ja nee III |
| 6 <i>Heeft uw kind epilepsie? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Wordt er regelmatig gewisseld van medicijnen? Heeft uw kind ondanks de medicijnen regelmatig last van aanvallen? | ja nee III ja nee IV |
| 7 <i>Heeft uw kind diabetes? Zo ja</i> | JA NEE II |
| Word er insuline gebruikt? Is uw kind vaak ontregeld (hypo-, hyperglykemie)? | ja nee II ja nee II |
| 8 <i>Heeft uw kind bloedarmoede met klachten? Zo ja,</i> | JA NEE II |
| Is uw kind vaak moe of duizelig? Komt in de familie een erfelijke bloedarmoede voor? | ja nee II ja nee II |
| 9 <i>Is bij uw kind een bloedingneiging vastgesteld? Zo ja,</i> | JA NEE II |

| | | |
|--|---------------|-----------|
| Genezen wondjes langzaam of blijven wondjes lang nabloeden? | <i>ja nee</i> | II |
| Krijgt uw kind zonder stoten blauwe plekken of spontaan een bloedneus? | <i>ja nee</i> | III |
| Komt er in de familie een bloedingneiging voor? | <i>ja nee</i> | III |
| 10 Heeft uw kind op dit moment een besmettelijke ziekte? Zo ja, | JA NEE | II |
| Welke? | | |
| 11 Heeft uw kind kinderziekten gehad? Zo ja, | JA NEE | I |
| Welke? | | |
| <i>Heeft uw kind regelmatig infecties, bijvoorbeeld oorontstekingen(gehad)?</i> | <i>JA NEE</i> | <i>I</i> |
| Welke? | | |
| 12 Heeft uw kind op dit moment een leverziekte? Zo ja, | JA NEE | II |
| Is het hiervoor opgenomen geweest in het ziekenhuis? | <i>ja nee</i> | II |
| Wordt daarvoor een dieet of medicijnen gebruikt? | <i>ja nee</i> | III |
| Is uw kind drager van een hepatitisvirus? | <i>ja nee</i> | III |
| 13 Is uw kind allergisch? Zo ja, | JA NEE | II |
| Pollen en grassen (hooikoorts) | <i>ja nee</i> | |
| Rubber/latex | <i>ja nee</i> | |
| Jodium | <i>ja nee</i> | |
| Pleisters | <i>ja nee</i> | |
| Soja | <i>ja nee</i> | |
| Gluten | <i>ja nee</i> | |
| Antibiotica (penicilline) | <i>ja nee</i> | |
| Anders | <i>ja nee</i> | |
| <i>Gebruikt uw kind medicijnen tegen de allergie? Zo ja,</i> | <i>JA NEE</i> | <i>II</i> |
| Welke medicijnen? | | |
| 14 Heeft uw kind ooit onverwachte medische reacties gehad tijdens of na een tandheelkundige behandeling? Zo ja, | JA NEE | I |
| Welke complicaties? | | |
| Bij welke tandarts? | | |
| 15 Krijgt uw kind medicijnen (bijv. via huisarts of specialist)? Zo ja, | JA NEE | I |
| Aspirine of andere pijnstillers | <i>ja nee</i> | |
| Voor astma | <i>ja nee</i> | |
| Prednison,corticosteroïden of andere afweerremmende middelen | <i>ja nee</i> | |
| Medicijnen tegen kanker of bloedziekten | <i>ja nee</i> | |
| Penicilline of antibiotica | <i>ja nee</i> | |
| Voor diabetes | <i>ja nee</i> | |
| Voor epilepsie | <i>ja nee</i> | |
| Anders: | <i>ja nee</i> | |
| 16 Heeft uw kind nog ziekten of aandoeningen waar niet naar gevraagd is? Zo ja, | JA NEE | I |
| Welke ziekte(n)? | | |