

Vragenlijst UMCG tbv endoscopie bij verwijzing vanuit ander ziekenhuis

Naam patiënt: **M / V / X**

Geboortedatum:

Ingevuld door:

Tel nr (van invuller):

1. Welk onderzoek is gewenst?
2. ASA classificatie (1-4) 1 2 3 4
3. Reanimatiecode Wel / niet reanimeren Wel / geen IC opname
4. Huidige medicatie
.....
.....
5. Gebruik antistolling? Nee / ja, namelijk
6. Lichaamsgewicht kg
7. Recente nierfunctie kreatinine umol/L en/of eGFR ml/min
8. A) Heeft patiënt eerder ingreep onder narcose of sedatie ondergaan?
Ja / nee
B) Zijn er toen problemen met de narcose of sedatie geweest?
Nee / ja, namelijk
.....
.....
.....
9. Kan de patiënt zonder problemen fietsen, wandelen of traplopen? Ja / nee
Zo nee, waarom niet?
.....
10. Wordt patiënt behandeld voor hoge bloeddruk: Ja / nee
11. Is patiënt onder behandeling van een cardioloog en/of longarts?
Nee / ja, ivm
.....
12. Heeft patiënt een ICD (inwendige defibrillator) of pacemaker? Ja / nee
Zo ja, welk type?
.....
13. Zijn er allergieën bekend? Nee / ja, namelijk
.....
14. Is er sprake van zwangerschap of borstvoeding? Ja / nee

Vragenlijst UMCG tbv endoscopie bij verwijzing vanuit ander ziekenhuis

15. Is de patiënt afgelopen jaar opgenomen in een buitenlands ziekenhuis?

Ja / nee

16. Zijn de risico's van sedatie en de potentiële complicaties besproken van de procedure? (zie hiervoor het document in de verwijzingsgids UMCG)

Ja / nee

17. Met wie (patiënt / wettelijk vertegenwoordiger) is de informatie besproken en is er toestemming voor het verrichten van de procedure (informed consent)?

Besproken met

Toestemming Ja / nee

Als volledig ingevuld, graag samen met verwijfsbrief met relevante (klinische) gegevens en de vraagstelling, faxen naar **050-3619331** (polikliniek buik UMCG)