

Réf. : FO-3587

Version : 4

Processus : 3.2.01.06 Entrée - Unité d'évaluation préopératoire (UEP)

Abteilung für präoperative Untersuchung des CHVR

Internet : <http://www.hopitalvs.ch/uep>

UEP Sion Tél. 027/603 4592 Fax 027/603 4646 E-mail : uep.sion@hopitalvs.ch

UEP Martigny Tél. 027/603 9821 Fax 027/603 9615 E-mail : uep.martigny@hopitalvs.ch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung des Arztes aus.
Ihr Hausarzt oder die Schwester der UEP werden Ihnen falls nötig dabei helfen.

Name Ihres Kindes:Vorname :

Grösse :cm Gewicht : kg Alter : Jahre

1. Ist Ihr Kind zur Zeit in medizinischer Behandlung ? Nein Ja
Wegen welcher Krankheit ?
.....
.....

2. Wenn dies Ihr Kind betrifft : besteht eine Schwangerschaft ? Nein Ja

3. Nimmt Ihr Kind Medikamente ? Nein Ja
Wenn ja, welche :

Name des Medikaments	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert ? Nein Ja Wenn ja, welche Operationen und wann ?

Operationen / Hospitalisationen	Jahre

Réf. : FO-3587

Version : 4

Processus : 3.2.01.06 Entrée - Unité d'évaluation préopératoire (UEP)

	Ja	Nein	Ich weiss nicht / Bemerkungen
5. Ist Ihr Kind ein Frühgeborenes ? Wenn ja, nach wieviel Schwangerschaftswochen kam es zur Welt ?			
6. Gab es besondere Probleme während der ersten Lebenswochen ? Wenn ja, welche ?			
7. Brauchte Ihr Kind medizinische Behandlung während der ersten 6 Lebensonate ? Wenn ja, für welche Krankheit ?			
8. Gab es Probleme bei der Narkose ? Wenn ja, welche ?			
9. Gab es Probleme bei der Narkose bei näheren Verwandten ? Wenn ja, welche ?			
10. Haben Sie den Eindruck, dass die körperlichen Leistungen Ihres Kindes schwächer als die seiner Altersgenossen sind ?			
11. Wurde bei Ihrem Kind ein Herzgeräusch festgestellt ?			
12. Ist Ihr Kind im Augenblick erkältet ? Hustet es ? Hat es Fieber ?			
13. Fällt es Ihrem Kind schwer, bei körperlicher Anstrengung zu atmen ?			
14. Leidet Ihr Kind an Asthma ? Wenn ja, nimmt es Medikamente ? Wenn ja, welche ?			
15. Leidet Ihr Kind an einer anderen Atemwegserkrankung ? Wenn ja, welche ?			
16. Leidet Ihr Kind an Allergien ? Wenn ja, gegen was ? (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Tiere.....)			
17. Sind in Ihrer Familie besondere Allergien bekannt ?			
18. Hat Ihr Kind des öfteren Nasenbluten und treten rasch Blutergüsse auf ?			
19. Leidet Ihr Kind an einer Nervenkrankheit ? Wenn ja, welche ? (z.B : Epilepsie, Lähmung, Entwicklungsrückstand ..)			

Réf. : FO-3587

Version : 4

Processus : 3.2.01.06 Entrée - Unité d'évaluation préopératoire (UEP)

	Ja	Nein	Ich weiss nicht / Bemerkungen
20. Leidet Ihr Kind an einer neuromuskulären Krankheit oder an einer Muskelschwäche ?			
21. Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit ? Wenn ja, wieviel Insulin braucht es ?			
22. Leidet Ihr Kind an einer Augenkrankheit? Wenn ja, welche ?			
23. Hat Ihr Kind schlechte Zähne ? (Wackelzähne der beschädigte Zähne)			
24. Möchten Sie uns andere Besonderheiten mitteilen ?			
25. Haben Sie mit Ihrem Kind über die bevorstehende Operation gesprochen ?			
26. Hört Ihr Kind auf einen Spitznamen ? Wenn ja, auf welchen ?			
27. Nur wenn der Fragebogen am Operationstag ausgefüllt wird : Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal getrunken ? Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal gegessen ?			

Datum : Unterschrift eines Elternteils :