Europese Medisch Risico Registrerende Anamnese (EMRRH)

Patiëntgegevens:.....
Naam: .....
Adres: .....
Postcode + woonplaats: .....
Geboortedatum: .....
Beroep: .....
Naam huisarts: .....
Naam specialist(en): .....
Naam apotheek: .....
Machtiging tot het opvragen van gegevens bij huisarts, specialist en apotheek *

Datum:..... Handtekening:.....
*Doorstrepen wat niet van toepassing is

Algemene vragen:
1. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? ja/nee
Wat was de aard van de complicaties? .....
Bij welke arts/tandarts? .....

2. Hebt u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? ja/nee
Wat was de aard van de problemen?.....
Bij welke medicijnen? .....

Updating anamnese: **	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**	**datum:**
1. Bent u in het laatste halfjaar nog bij een huisarts of specialist geweest? Aard van de klachten.....	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
2. Is er in de afgelopen periode iets aan uw gezondheid veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
3. Is er in de afgelopen periode iets aan uw medicatie veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee

Medisch risico uit anamnese:	**ASA-score**	**Preventieve maatregelen**
1	.....	.....
.....	.....	.....
2	.....	.....
.....	.....	.....
3	.....	.....
.....	.....	.....
4	.....	.....
.....	.....	.....

	JA	NEE	ASA
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,	O	O	II
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	O	O	III
Hebt u pijn op de borst in rust?	O	O	IV
Zijn uw klachten recent toegenomen?	O	O	IV
2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja,	O	O	II
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	O	O	III
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	O	O	IV
3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek?	O	O	II
Hebt u een kunsthartklep?	O	O	II
Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?	O	O	II
Hebt u een pacemaker?	O	O	II
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	O	O	III
4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,	O	O	II
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	O	O	III
Wordt u bleek, duizelig of kortademing tijdens de aanvallen?	O	O	IV
5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,	O	O	II
Wordt u bij plat liggen kortademig?	O	O	III
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	O	O	IV
6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja,	O	O	II
Wat is uw laatst gemeten bloeddruk?.....			
.....			
Is de bovendruk meestal tussen 160 en 200?	O	O	III
Is de onderdruk meestal tussen 95 en 115?	O	O	III
Is de bovendruk meestal 200 of hoger?	O	O	IV
Is de onderdruk meestal 115 of hoger?	O	O	IV
7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,	O	O	II
Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	O	O	III
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	O	O	IV

	JA	NEE	ASA
8. Hebt u epilepsie? Zo ja,	O	O	II
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	O	O	III
Hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	O	O	IV
9. Hebt u astma? Zo ja,	O	O	II
Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties?	O	O	III
Bent u kortademig?	O	O	IV
10. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,	O	O	II
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	O	O	III
Bent u kortademig bij het aankleden?	O	O	IV
11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige of medische materialen of iets anders? Zo ja,	O	O	II
Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	O	O	III
Was het bij uw tandarts?	O	O	IV
Waarvoor bent u allergisch?.....			
.....			
.....			
12. Hebt u suikerziekte? Zo ja,	O	O	II
Gebruikt u insuline?	O	O	II
Bent u vaak 'ontregeld'? (hypo/hyperglycaemie?)	O	O	III
13. Hebt u schildklierziekte? Zo ja,	O	O	II
Is dit een vertraagde functie?	O	O	III
Is dit een versterkte functie?	O	O	IV
14. Hebt u nu of in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja,	O	O	II
Hebt u daarvoor dieet of medicijnen?	O	O	III
15. Hebt u een nierziekte? Zo ja,	O	O	II
Hebt u niervervangende behandeling (dialyse)?	O	O	III
Hebt u een niertransplantaat?	O	O	IV

	JA	NEE	ASA
16. Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad? Zo ja,	O	O	II
Welke?.....			
Bent u onder behandeling?	O	O	III
Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja.	O	O	IV
Wanneer?.....			
17. Hebt u last van hyperventileren?	O	O	II
18. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling?	O	O	II
19. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig?)	O	O	II
20. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?	O	O	II
- voor het hart?	O	O	
- loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdunnende middelen?	O	O	
- tegen hoge bloeddruk?	O	O	
- aspirine of andere pijnstillers?	O	O	
- voor suikerziekte?	O	O	
- voor allergie?	O	O	
- prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	O	O	
- tegen huid-, darm- of reumatische ziekten?	O	O	
- medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	O	O	
- penicilline of antibiotica?	O	O	
- kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?	O	O	
- gebruikt u drugs?	O	O	
- andere medicijnen?	O	O	
.....			
21. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	O	O	II
22. Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Zo ja,	O	O	
Welke?			