

Vragenlijst

Pijnmedicatie

Vul in onderstaande tabel de medicatie in die u op dit moment gebruikt:

Geneesmiddel (naam + dosis)	Vorm ¹	Toedieningswijze ²	Frequentie ³

¹ Tablet, Siroop, Spuit, Druppels, Pleisters, ...

² Via de mond (=peroraal, PO), inspuiting in de spieren (=intramusculair, IM), ...

³ Hoe vaak per dag neemt u het medicament (1x, 2x, ...)

Belangrijke medische informatie

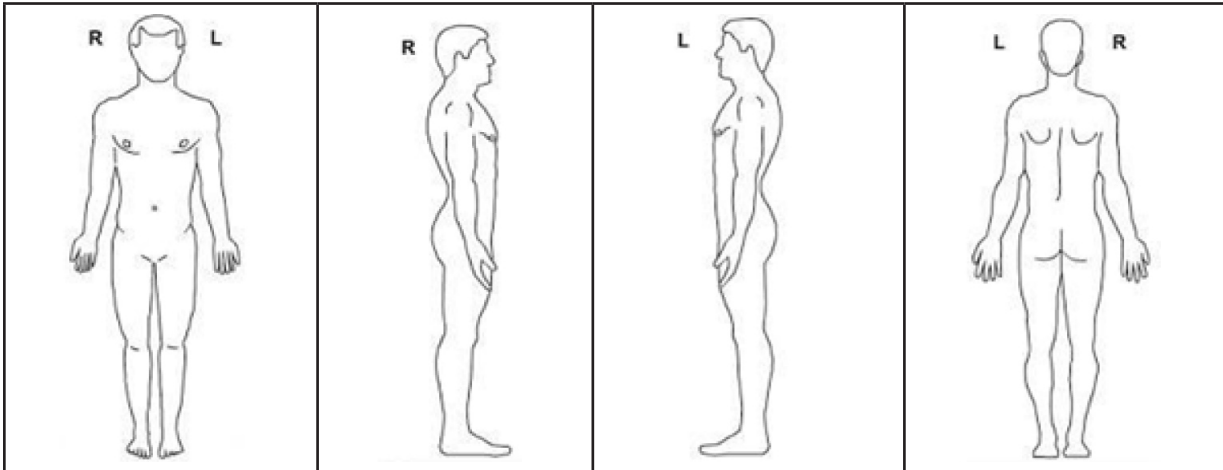
Medische voorgeschiedenis	
• Hartziekten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja: Welke?	<input type="checkbox"/> Infarct <input type="checkbox"/> Ritmestoornissen
	<input type="checkbox"/> Andere:
• Astma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Hypertensie (hoge bloeddruk)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Stollingsstoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Andere?	<input type="checkbox"/>
Allergieën	
• Medicatie/Antibiotica	<input type="checkbox"/>
• Jodium	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Contrastmiddel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Kleefpleister	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Latex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• Andere	<input type="checkbox"/>
Persoonlijke Gegevens	
• Gewicht:kg	
• Bent U zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja (.....weken) <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> NVT
Gebruikt u bloedverduunners?	
Zo ja: Welke?	<input type="checkbox"/>
Laatste inname?	<input type="checkbox"/> Datum:/...../..... <input type="checkbox"/> Dosis.....
Vervangen door?	<input type="checkbox"/>
Andere thuismedicatie? (enkel naam vermelden)	<input type="checkbox"/>

Toestemmingsformulier

Pijntekening

Hoe lang hebt u reeds de pijnklachten waarvoor u een behandeling gaat krijgen?

.....
Gelieve op deze tekening aan te geven waar u pijn heeft.



Ik ontvang de informatiebrochure betreffende:

- Cervicale epidurale infiltratie.
- Infiltratie van de cervicale facetgewrichten.
- Lumbale of thoracale epidurale infiltratie.
- Infiltratie van de lumbale of thoracale facetgewrichten.
- Transforaminale epidurale infiltratie.
- Gepulseerde radiofrequente behandeling van het dorsale spinale ganglion.
- Radiofrequente behandeling van het facetgewricht.
- Therapeutische infiltratie van het sacro-iliacale gewricht.

Ik heb deze folder volledig gelezen, begrepen en houd me aan de praktische richtlijnen. Mijn behandelende arts heeft mij uitgelegd waarom deze procedure voor mij nuttig kan zijn. Ik begrijp dat aan elke medische behandeling mogelijke nevenwerkingen en complicaties verbonden zijn. Ik heb deze begrepen, ik kreeg de kans tot vragen stellen en ik verklaar mij akkoord met deze behandeling.

Naam en voornaam: Datum: / /

Handtekening:

Patiëntenklever