

## Patiëntenmap

Endoscopisch of ander invasief onderzoek/  
interventie zonder sedatie





# Gegevens

*Patiëntenklever*

## Patiëntgegevens

- ◆ Naam .....
- ◆ Voornaam .....
- ◆ Geboortedatum .....
- ◆ Geslacht:           O M       O V
- ◆ Telefoon: .....
- ◆ Contactpersoon: .....
- ◆ Huisarts: .....
- Ambulant / polikliniek
- Dagziekenhuis
- Hospitalisatie (afdeling: .....

## Procedure

- Bronchoscopie
- Transoesofagale echocardiografie
- Gastroscoopie
- Coloscopie
- Recto-sigmoidoscopie
- .....
- ◆ Indicatie .....
- ◆ Datum + uur procedure .....
- ◆ Specialist .....

Handtekening

Stempel

# Toestemming voor ingreep/behandeling/onderzoek

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

Ik [naam patiënt]..... geboren op .... /.... / ..... verklaar en bevestig hierbij in verstaanbare bewoordingen te zijn ingelicht door dr. .... op ..../...../ 20..... naar aanleiding van de volgende ingreep/behandeling/onderzoek: ..... , gepland op ..../...../ 20.....  
Dr. .... heeft mij in duidelijke en verstaanbare termen geïnformeerd over:

- ◆ Mijn algemene gezondheidstoestand en de vastgestelde diagnose.
- ◆ De reden, het doel, de aard en de vermoedelijke duur van de ingre(e)p(en)/behandeling(en)/onderzoek(en).
- ◆ De mogelijke evolutie indien met niet tot de ingreep/behandeling/onderzoek overgaat.
- ◆ De voor- of nadelen, mogelijke complicaties en nevenwerkingen van de ingre(e)p(en)/behandeling(en)/onderzoek(en), ook tijdens de herstelperiode.
- ◆ De mogelijke alternatieve ingre(e)p(en)/behandeling(en)/onderzoek(en), met hun voor- en nadelen.
- ◆ Door wie de behandeling wordt uitgevoerd.

Ik begrijp dat de geneeskundige klinische praktijk geen exacte wetenschap is, dat een opsomming van mogelijke complicaties nooit volledig kan zijn en dat er geen garantie gegeven kan worden over het uiteindelijke resultaat van de ingreep/behandeling/onderzoek (geen resultaatsverbintenis).

Ik verklaar op de hoogte te zijn van een vrij precieze raming van de financiële kostprijs van de geplande ingreep/behandeling/onderzoek en van de verblijfskosten. Aangezien onvoorziene situaties en complicaties niet kunnen worden uitgesloten, is het niet mogelijk voorafgaandelijk de exacte kostprijs te bepalen. Ik verklaar dan ook op de hoogte te zijn dat de uiteindelijke financiële gevolgen afhankelijk zijn van de concrete omstandigheden en van het concrete verloop van mijn behandeling en verblijf in het ziekenhuis.

Ik kan steeds de nodige informatie opvragen bij de financiële dienst van het ziekenhuis.

Ik werd voldoende in gelegenheid gesteld om alle nog openstaande vragen te stellen en deze werden naar mijn voldoening beantwoord. Ik weet dat ik voor vragen betreffende mijn ingre(e)p(en) of behandeling(en) of onderzoek(en) terecht kan bij mijn behandelende arts en voor vragen omtrent de factuur bij de financiële dienst van het ziekenhuis.

Ik verklaar over alle informatie te beschikken die ik nodig acht om in volledige vrijheid een wel-overwogen beslissing te kunnen nemen tot het ondergaan van de ingreep/behandeling/onderzoek. Dit formulier vormt een aanvulling op de informatie die me mondeling werd verstrekt door dr..... [naam arts].

Ik ben bereid om mij strikt aan de aanwijzingen van mijn behandelende arts te houden om de ingreep of behandeling of onderzoek en het herstel daarvan zo gunstig mogelijk te laten verlopen.

Ik weet en ga ermee akkoord dat het medisch team tijdens de uitvoering van de ingre(e)p(en) of behandelingen of onderzoeken, genoodzaakt zou kunnen zijn om bijkomende medische handelingen uit te voeren die vooraf niet voorzien kunnen worden, maar medisch gezien noodzakelijk zijn. Ik geef hierbij mijn toestemming om tijdens de uitvoering ervan elke bijkomende medische handeling uit te voeren in geval van volstrekte medische noodzakelijkheid.

Ik bevestig mijn toestemming aan de hierboven vermelde arts om de tussenkomst uit te voeren in samenwerking met een door hem gekozen arts of assistent in opleiding. In ondergeschikte orde geef ik de toestemming aan de hieronder vermelde arts om zich te laten vervangen door een collega.

Ik besef dat wanneer ik na de ondertekening van dit document wens af te zien van de geplande ingreep/behandeling/onderzoek, dit minstens 24 uren op voorhand aan behandelende arts of dienst moet worden meegedeeld. Zoniet kan mij een schadevergoeding worden aangerekend.

Dit document wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier waarop het een aanvulling vormt.

Opgemaakt te ..... op ...../...../..... uur: .....

Naam en handtekening patiënt  
of wettelijke vertegenwoordiger

Naam en handtekening  
behandelende arts

# Klinische evaluatie door de specialist

## ANAMNESE

(relevante zaken uit anamnese/vragenlijst)

.....  
 .....

## KLINISCH ONDERZOEK

- RR: ..... Pols: .....
- Longauscultatie: ..... Hartauscultatie:.....
- Allergie: .....
- Relevante labo resultaten: .....
- Bewustzijn & mentale status: .....
- Nuchter: ja/nee Zo ja, aard en tijdstip laatste orale inname: .....
- Spoedprocedure: ja/nee
- DNR code: 0 I II III
- Bijzonderheden te verwachten tijdens de procedure: .....
- Infobrochure procedure uitgelegd door arts én afgegeven aan patiënt: Ja/nee
- Informed consent procedure uitgelegd door arts én ondertekend door patiënt: Ja/nee

Datum & handtekening behandelend arts

VOOR VERTREK NAAR ENDOSCOPIE	VERIFICATIE	VOOR ENDOSCOPIE	NA DE PROCEDURE														
Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Gegevens kloppen met identificatiebandje	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Gegevens kloppen met identificatiebandje	Antibiotica/profyaxe werd gegeven < 60 min vóór onderzoek <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing														
Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Heeft de patiënt onderzoek en eventueel ingreep bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk	Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen?															
Aanwezigheid van: <input type="checkbox"/> assessment internist <input type="checkbox"/> IC internist	Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Is de relevante medicatie nagevraagd en nagekeken? (bloedverdunners, insuline ...) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	VOOR DE ENDOSCOPIST <input type="checkbox"/> mogelijke endoscopische problemen/niet routine procedure? <input type="checkbox"/> onderzoeksduur?	<input type="checkbox"/> correcte en volledige documentatie van de endoscopische procedure in het patiëntendossier wordt bevestigd														
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis/poli:	Zijn uitslagen van relevante onderzoeken (ECG, labo ...) aanwezig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Werden monitor en eventuele medicatie gecontroleerd? <input type="checkbox"/> Ja	VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE <input type="checkbox"/> opmerkingen over toestellen of hulpmiddelen	<input type="checkbox"/> Sleuteltopics en post-endoscopiebeleid worden overlopen en gedocumenteerd Postprocedure AB-beleid pijnbeleid Al dan niet voeding/drinken Onslagbeleid														
<h2 style="text-align: center;">PATIËNTEN ETIKET</h2>	Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja Is er een verhoogd risico op aspiratie of moeilijke intubatie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <i>Indien ja: aangepast material beschikbaar</i> Is het relevante endoscopiemateriaal beschikbaar in de endoscopezaal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Steriliteit instrumentarium werd bevestigd (indicatoren in orde?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Aanwezigheid nodige apparatuur/implantaten werden gecontroleerd en bevestigd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">T</td> <td><input type="checkbox"/> Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">I</td> <td><input type="checkbox"/> Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">M</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">E</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">O</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">U</td> <td><input type="checkbox"/> Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">T</td> <td></td> </tr> </table>	T	<input type="checkbox"/> Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie	I	<input type="checkbox"/> Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd.	M		E		O		U	<input type="checkbox"/> Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.	T		
	T	<input type="checkbox"/> Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie															
	I	<input type="checkbox"/> Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd.															
	M																
E																	
O																	
U	<input type="checkbox"/> Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.																
T																	
Paraaf verpleegkundige: Paraaf internist:	Locatie: Procedure: Datum:																

# Parameterblad: monitoring tijdens onderzoek

- ◇ Datum: .....
- ◇ Procedure: .....
- ◇ Biopsie afname: .....
- ◇ Specialist: Dr. ....
- ◇ Verpleegkundige: .....
- ◇ Assistent: Dr. ....

Uur	Medicatie	Saturatie	Pols	Bloeddruk	Ademhaling-freq	Huidskleur (bleek, cyanose)	Pijn (VAS) + antwoord op analgesie	Nausea/braken + antwoord op antiemetica	OAA/S (Bewustzijn)	fiO2 (+ hoe O2 toegevend)	Infuus intraveneus
...u... start											
Her-evaluatie van de patiënt voor de start van de procedure Stabiele vitale parameters om onderzoek te starten?											
...u..											
Na 5'											
...u..											
Na 10'											
...u..											
Na 15'											
...u...											
Na 20'											
...u..											
Na 25'											
...u...											
Na 30'											
...u..											
Na 35'											
...u..											
Na 40'											
...u..											
Na 45'											
...u..											
Na 50'											
...u...											
Na 55'											
...u...											
Na 60'											
...u...											
Na 65'											
...u..											
Na 70'											

Duidt aan met een \* bij einde procedure.

**Bij problemen: verwittig de anesthesist van wacht — 24u/24u beschikbaar**



# Parameterblad: monitoring tijdens onderzoek

Observer's Assessment of alertness/sedation scale (OAA/S)

Score	Beschrijving
5	Reageert direct op aanspreken met normaal stemvolume
4	Langzame reactie op aanspreken met normaal stemvolume
3	Alleen reactie na luid en/of herhaaldelijk aanspreken
2	Alleen reactie na schudden
1	Alleen reactie na knijpen in trapezius spier
0	Geen reactie

Medische benodigheden voor noodgevallen beschikbaar op dienst: aanwezig + functionerend

- Monitor met ECG, automatische bloeddrukmeter, saturatiemeter
- Reanimatiekit
- Zuurstof + aangepaste maskers
- Medicatie voor sedatie + antagonist (Midazolam, Flumazenil)
- Suctie
- Mayo-canules

# Ontslag na onderzoek

Datum:

.....

Specialist:

Dr. ....

Verpleegkundige:

.....

Assistent:

Dr. ....

Tijdstip ontslag:

.....

Paraaf verpleegkundige:

.....

Ontslag naar:  Huis (persoon die patiënt naar huis brengt: .....

Dagziekenhuis .....

Hospitalisatieafdeling .....

Overdracht/instructies aan:  patiënt i.g.v. ontslag naar huis

verpleging dagziekenhuis .....

verpleging hospitalisatieafdeling .....

Specifieke instructies bij transport: .....



**Sint-Andriesziekenhuis vzw**

Bruggestraat 84  
8700 Tielt

T 051 42 51 11  
F 051 42 50 20

[info@sintandriestielt.be](mailto:info@sintandriestielt.be)  
[www.sintandriestielt.be](http://www.sintandriestielt.be)