

2016

A bronze sculpture of a hand holding a nest of birds. The hand is positioned palm-up, with fingers slightly curled, holding a large, rounded nest. The nest is intricately woven from thin, dark, curved lines, resembling a bird's nest. Several birds are perched on the nest, their heads and beaks visible. The sculpture is made of a dark, textured material, possibly bronze, with some lighter, more polished areas on the fingers and the birds' heads. The background is a plain, light color.

Infobundel
Verpleegafdeling chirurgie C2

WIJ HETEN U VAN HARTE WELKOM OP DE AFDELING ORTHOPEDIE C2

Wij willen je graag als nieuw startende verpleegkundige, zorgkundige, student opnemen op onze dienst en zullen trachten je integratie op de afdeling zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Deze onthaalbrochure wil hierbij een extra hulpmiddel zijn door samen met jou rustig door het afdelingsgebeuren te wandelen. Zo krijg je een idee van de werking waarin je terecht komt en van de verwachtingen die er naar jou toe zijn.

De brochure geeft niet altijd de juiste oplossing en daarom zal eenieder uit onze equipe u graag helpen bij eventuele problemen.

Ieder van ons heeft het recht om fouten te maken maar ook ieder van ons heeft de plicht eventuele fouten te melden en te herstellen!

Je hoeft niet te leren met vallen en opstaan. Vraag liefst op voorhand uitleg, zo kunnen misverstanden en fouten voorkomen worden.

Wij gunnen jou de nodige tijd om jou aan te passen.

Namens de ganse equipe van C2

Gouden tips om het leerproces en de integratie op de afdeling vlotter te laten verlopen.

1. Start de dag gemotiveerd. Motivatie is de belangrijkste eigenschap om u zo snel mogelijk in te werken op de afdeling.

~

2. Durf initiatief te nemen ook al bent u nog niet zo zeker van u zelf. Een afwachtende houding aannemen kan een verkeerde indruk geven aan de collega's. Onthoud dat je pas door fouten te maken snel kan bijleren.

~

3. Vraag spontaan naar feedback bij collega's. Zo kan je snel je handelen bijsturen.

~

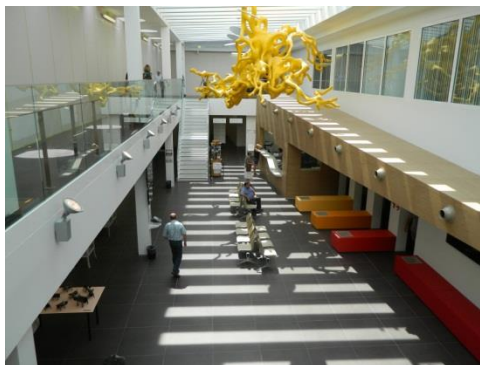
4. Durf onduidelijkheden in vraag te stellen. Alle aanpassingen, verbeteringen zijn er gekomen door de kritische ingesteldheid van de zorgverstrekkers.

~

5. Hou er rekening mee dat u bevelen, correcties en verbeterpunten zal te horen krijgen van verpleegkundigen die soms jonger zijn dan uzelf. Leer dit te accepteren, zij doen dit enkel om u leerproces te bevorderen.

~

6. Een dank je wel aan de personen die zich inzetten en u op sleeptouw nemen, doet wonderen.



1. Voorstelling van de dienst

1.1 Bereikbaarheid

Extern: 051/425360

Intern: 5360

E-mail: C2vpl@sintandrietielt.be

1.2 Medische staf

Orthopedisten: Dr. J. Van Nuffel

Dr. R. Raes

Dr. K. Deroo

Dr. C. Martens

Reumatoloog: Dr. B. Vanneuville

Revalidatiearts: Dr. J. Verhamme

Dr. G. Descheemaeker

1.3 Verpleegkundigen

Hoofdverpleegkundige

Annick Seynaeve

Stagementoren

Ellen Vandavelde (1)

Kimberley Lefebvre (2)

2. Patiëntenpopulatie

Patiënten met aandoeningen betreffende het bewegingsapparaat kunnen hier terecht voor verzorging, behandeling en revalidatie. Er zijn 2 types van opnames, nl. de geplande opname en de spoedopname en naast de verblijvende patiënten worden hier ook veel patiënten verzorgd die ambulantly behandeld worden. Patiënten die opgenomen worden via spoedopname zijn totaal onvoorbereid en komen hier meestal terecht na een ongeval. De patiënten waarvan de opname gepland is zijn veelal patiënten die reeds geruime tijd klachten hebben.

3. Globaal overzicht van de meest voorkomende interventies + specifieke aandachtspunten/ingreep.

3.1 ARTHROSCOPIE

(gebeurt meestal ambulantly)

Folders meegeven! (zie voorbeeldfolder)

Dr. Raes

- Verband DICHT
- Buitenste verband opnieuw aanbrengen
- Fraxiparine® geven voor ontslag

Dr. Van Nuffel

- Verband DAV
- Dauer aanbrengen
- Fraxiparine® geven voor ontslag

Dr. Deroo

- Verband dichtlaten
- Buitenste zwachtel heraandoen
- Ijs geven
- Fraxiparine toedienen voor ontslag

3.2 HALLUX VALGUS (dr. Deroo)

Wat is een hallux valgus?

Hallux valgus betekent een scheefstand van de grote teen. Dit is vaak een gevolg van te nauw schoeisel of overdreven hakhoogte, gedurende jaren gedragen. Dit komt meestal voor bij vrouwen. Soms is er een familiale aanleg. Er zijn ook jeugdige vormen.

Dit geeft vaak aanleiding tot een pijnlijke knobbel aan de binnenzijde van de grote teen. Soms geraakt deze knobbel ontstoken. Er is mechanische hinder bij het dragen van schoeisel. Op den duur kan er ook aantasting van de kleinere tenen optreden, met scheefstand en eventueel hamerteen misvorming, en kruipt de grote teen onder of over de tweede teen.

Gevolgen

Op termijn kan er een gedeeltelijke ontwrichting optreden van de grote teen met toename van de afwijking en progressieve arthrose. De toestand kan echter ook vrij stabiel blijven.

Indien men hiervan veel last ondervindt, kan de teen best worden gecorrigeerd. Dit kan op verschillende manieren, afhankelijk van de graad van aantasting.

Ingreep

Al naar gelang de ernst van de aandoening, wordt er een verschillende techniek toegepast. Meestal gebeurt er een osteotomie (correctieve breuk) van het eerste middenvoetsbeen alsook het eerste teenkootje.

Dit wordt gewoonlijk vastgezet (osteosynthese) met schroefjes en krammetjes. Bijkomende correcties aan de klein tenen (vb. hamertenen) worden meestal tijdelijk vastgezet met pinnetjes gedurende een 6-tal weken. Na deze periode kunnen ze gewoonlijk tijdens de raadpleging worden verwijderd.

- Bijkomend wordt het buitenste gewrichtskapsel met spieraanhechting wat losgemaakt om de teen mooi terug over het gewricht te centreren. Aan de binnenzijde wordt een opspanning van het kapsel verricht. Dit geeft soms aanleiding tot wat stijfheid van de grote teen, die na genezing van de osteotomie mag gemobiliseerd worden.
- In geval van ernstige arthrose is het soms nodig de grote teen vast te zetten

in de gecorrigeerde stand. De teen wordt zo geplaatst dat hij een goede afrol toestaat bij het stappen, waarvoor hij wel wat opwaarts moet worden gericht.

Anesthesie via Popliteablock

Bij een popliteablock krijgt de patiënt via de knieholte een inspuiting waarbij de zenuw van je been wordt uitgeschakeld. Hierdoor ervaar je geen pijn de eerste 24u na de ingreep. Indien dit uitgewerkt en je voet “wakker wordt” is het aangeraden bijkomende pijnstilling te vragen.

Normale gevolgen en nabehandeling

Na de ingreep wordt gewoonlijk een tijdelijk gipsverband aangelegd. Het verband wordt voor ontslag uit het ziekenhuis nog vervangen. De patiënt krijgt een speciale postoperatieve schoen.

Op deze verbandschoen mag na 1 week al gesteund worden. Na een tweetal weken worden de hechtingen verwijderd.

- De eerste dagen na de ingreep kan de voet pijnlijk zijn. Hiervoor krijgt de patiënt de nodige pijntherapie. Geleidelijk aan zal de pijn afnemen.
- In de eerste weken is het aangeraden geregeld hoogstand aan te nemen voor het been, daar dit nog makkelijk zwelt bij te langdurig afhangen, met toenemende pijn tot gevolg.
- Tijdens de eerste weken wordt anti-thromboseprofylaxe toegediend. Dit bestaat uit dagelijkse onderhuidse spuitjes om flebitis of klontervorming en embolie tegen te gaan.
- Na een 6-tal weken mag men zo mogelijk normale (voldoende ruime) schoenen proberen. Soms is er echter nog wat zwelling, die geleidelijk afneemt. Men kan dan eerst stappen met een wijde sandaal.
- Naar de toekomst toe is het best geen te nauw schoeisel te dragen en geen al te hoge hakhoogte te kiezen, daar de afwijking dan terug kan toenemen.
- Ondanks de ingreep kan het toch nodig zijn achteraf nog steunzolen te dragen.

Verpleegkundige aandachtspunten

➤ Preoperatief

Scheren, voetbadje met Hacidil, fiche opmaken, ontsmetten met Isobetadinezeep, Xanax® 0.5mg

➤ Postoperatief

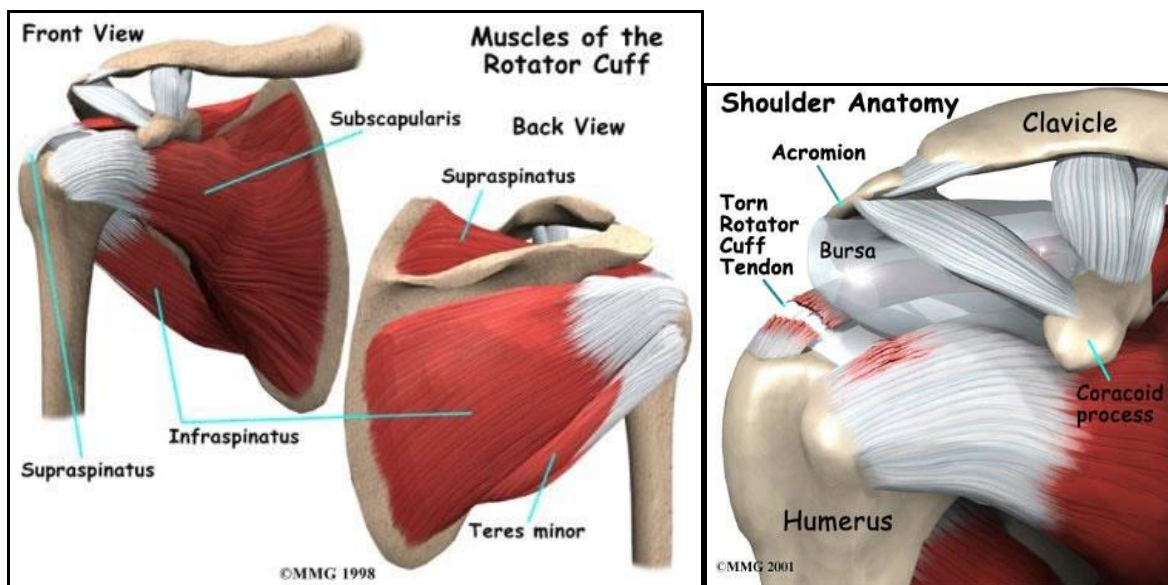
- Aandacht voor de hoogstand van het bed
- Het been mag niet overstrekt liggen.
- Postop verslag van Dr Deroo volgen
- Dag 1
- RX –voet: aanvraag reeds schrijven bij opname
- Dag 2
- gipswissel (bumpergips aanvragen bij terugkomst OK), verwijderen minivac, schoentje voor gips voorzien
- Afspraak geven 14 dagen postoperatief: IN DE VOORMIDDAG plannen

3.3 ROTATOR CUFF (dr. Van Nuffel)

Wat is een rotator cuff?

Een rotator cuff is een peesblad bestaande uit het uiteinde van 4 spieren rond de schouder. De functie van de rotator cuff is zorgen voor de stabiliteit van het schoudergewricht en door het selectief aantrekken van de verschillende spiergroepen beweging van de arm mogelijk te maken.

Een scheur in één van deze pezen wordt een rotator cuff scheur genoemd. Indien het gaat om een gedeeltelijke scheur wordt gesproken van partiële rupturen. Partiële rupturen kunnen zich aan de bursale of de articulaire zijde (kant van het gewricht) bevinden. Indien een pees volledig afgescheurd is van het bot, spreekt men van een volledige dikte rotator cuff scheur. De scheuren kunnen ontstaan als gevolg van chronische irritatie (overbelasting) of als gevolg van een acuut trauma (val).



Symptomen

De voornaamste symptomen van rotator cuff scheuren zijn de combinatie van pijn en krachtsverlies. De pijn is gelegen in de bovenarm, is meestal aanwezig tijdens geforceerde bewegingen van de schouder en kan eveneens 's avonds en 's nachts aanwezig zijn. Bovenhoofdse bewegingen en liggen op de schouder zijn pijnlijk.

Onderzoek

Door het selectief uittesten van de beweeglijkheid tegen kracht kan onderzocht worden welke pezen van de rotator cuff aangetast zijn. Zowel de pijnklachten als de mate van overblijvende kracht zijn belangrijk in de evaluatie. Indien de rotator cuff scheur reeds lang aanwezig is, valt de atrofie (volumevermindering van de spierbuiken) op. Het

klinisch vermoeden van een rotator cuff scheur wordt meestal bevestigd op echografie en arthro-NMR.

Therapieën

De behandeling zal afhangen van verschillende factoren waarbij de leeftijd van de patiënt, tijdstip van optreden, oorzaak van de ruptuur en beroepsactiviteiten van de patiënt essentieel zijn. In samenspraak met de patiënt zal hetzij voor een conservatieve behandeling, hetzij voor een chirurgische behandeling geopteerd worden.

De conservatieve therapie zal vooral gebaseerd zijn op het doen verdwijnen van de onderliggende ontsteking en het herwinnen van kracht van de andere delen van de rotator cuff en de bovenliggende spieren (deltoïd). Dit gebeurt meestal door een combinatie van medicatie (ontstekingsremmers) en spuiten op basis van corticoïden. Hierbij zullen 1 tot maximaal 3 infiltraties gegeven worden. Dit is zeker niet schadelijk voor schouder of lichaam. Indien echter met 3 infiltraties geen blijvend resultaat wordt bekomen, zullen nieuwe infiltraties meestal geen voldoende verbetering teweegbrengen. Kiné is eveneens in dit deel van de behandeling noodzakelijk om de omliggende spieren te verstevigen (schoudertonificatie-oefeningen).

Natuurlijke evolutie van een rotator cuff scheur

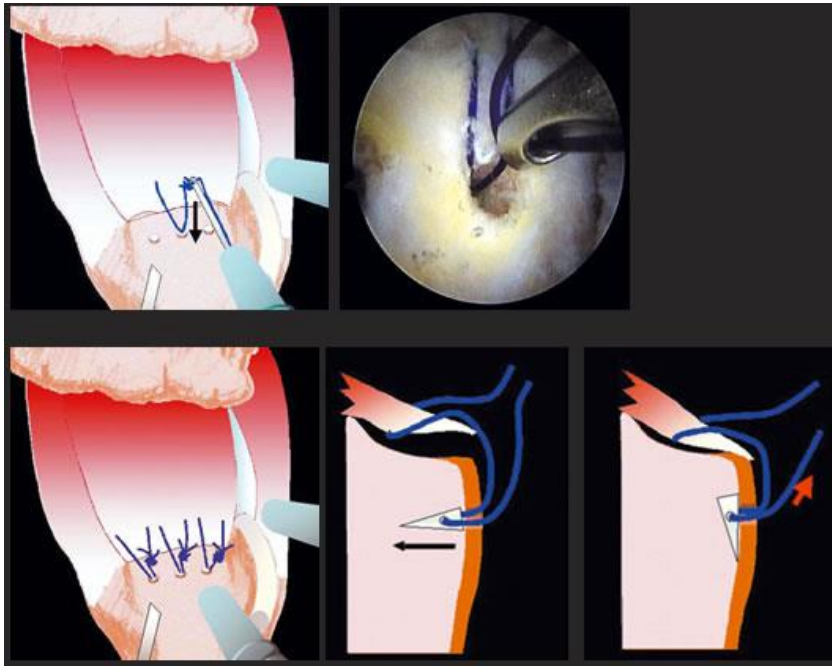
Een gescheurde pees geneest nooit spontaan. Een rotator cuff scheur kan een hele tijd “stabiel” blijven (= niet groter worden) waardoor men weinig pijnklachten heeft. Door de trekkracht van de spieren kan de scheur groter worden, waardoor de pees zich terugtrekt en op termijn niet meer te herstellen is. Een te lang afgescheurde pees kan dus niet meer gehecht worden; de spier is te stug geworden en de pees atrofisch (van slechte kwaliteit).

Praktische richtlijnen bij een rotator cuff scheur

Jonge, actieve mensen laten een afgescheurde pees best zo snel mogelijk behandelen. Oudere mensen, die weinig pijnklachten hebben, mogen gerust afwachten. Als de pijn toeneemt en/of de kracht vermindert is een controleraadpleging aangewezen. Een echo en/of arthro-NMR kan een vergroting van de scheur uitsluiten. Ook bij oudere mensen met plots toenemende pijnklachten is te lang wachten voor een herstel van de pees geen goede beslissing.

Ingreep

Indien bovenvermelde conservatieve behandelingen niet of onvoldoende helpen, of dat het gaat om acute rotator cuff scheuren zal geopteerd worden voor een rotator-cuff herstel. Hierbij wordt door middel van een kijkoperatie (arthroscopie) de pees terug vastgehecht op de oorspronkelijke plaats. Dit gebeurt door middel van beenankers met draad. In de meeste gevallen wordt het dak van de schouder ook recht gemaakt zodat er geen conflict (impingement) meer ontstaat tussen de herstelde pees en het bot.



In sommige gevallen kan de rotator cuff niet meer gehecht worden omdat de pees zelf te veel is teruggetrokken of van onvoldoende kwaliteit is.

In dat geval zal geopteerd worden voor een debridement van de schouder waarbij het ontstekingsweefsel wordt weggenomen en randen van de pees worden vrij gemaakt.

Een laatste chirurgische optie bestaat uit het plaatsen van een speciale soort prothese: een omgekeerde prothese in het geval van onhechtbare scheuren waarbij de functie meer wordt overgenomen door de spieren in de omgeving van de schouder (deltoïdspier).

Al de bovenvermelde ingrepen gaan meestal gepaard met bewegingsbeperking van de schouder.

Voordelen van een rotator cuff herstel via kijkoperatie (arthroscopie):

- Bij een kijkoperatie worden kleine insneden gemaakt (0.75cm) waardoor de deltoïdspier zeer weinig beschadigd wordt.
- Er kan een volledige evaluatie van het gewricht gebeuren: letsel van het kraakbeen, lange bicepspees kunnen gezien en behandeld worden.
- De afgescheurde pees kan zeer goed geëvalueerd worden.
- Na een kijkoperatie is er minder verkleving en minder verstijving van het gewricht dan na een open ingreep.
- Er zijn minder pijnklachten na de ingreep waardoor een kortere hospitalisatieduur mogelijk is.

Intredebegeleider/stageorganisatie

Tel: 051/42(5210) of (5211)

intredebegeleiding@sintandriestielt.be

- Minder risico op infectie door de continue spoeling met water.
Nadelen van een rotator cuff herstel via kijkoperatie (arthroscopie):
- Een rotator cuff herstel via kijkoperatie is voor de chirurg technisch moeilijker en vraagt een langere leercurve.
- Door het gebruik van botankers en specifiek hechtingsmateriaal voor de pees is de ingreep duurder.
- Een offerte kan steeds opgevraagd worden bij de dienst patiëntenadministratie van het ziekenhuis. Uiteraard zal de totale prijs afhankelijk zijn van het aantal gebruikte ankers.(1 tot 4 ankers).

Verdoving (anesthesie)

Altijd volledige verdoving voor het comfort en de veiligheid van patiënt en chirurg. Soms wordt een bijkomende lokale verdoving in de hals gegeven.

Dit wordt besproken met de anesthesist.

Complicaties

- Herruptuur.

Een deel van de gehechte rotator cuff scheuren, scheuren na het herstel terug, hetzij op de oorspronkelijke plaats, hetzij op een andere plaats, aangezien de pees zelf reeds zwakker was. Dit gaat niet noodzakelijk gepaard met een slecht resultaat.

- Verstijving van de schouder.

Dit is de meest frequente complicatie van de schouder. Om deze reden zal dan ook na een ingreep steeds kinésithérapie noodzakelijk zijn. Dit kan het gevolg zijn van vergroeiingen rond het operatiegebied of verstijving van het schouderkapsel (frozen shoulder).

- Infecties.
- Schouder-handsyndroom.

Hierbij hebben we een combinatie van verstijving van de schouder en uitstralende pijn naar voorarm en hand.

Deze complicaties zijn echter zeer beperkt.

Revalidatie.

De revalidatie zal weerom sterk afhangen van de gekozen ingreep. In het geval van een klassieke rotator cuff-hechting dient de suture beschermd te worden door gedeeltelijke immobilisatie waarbij enkel passieve mobilisatie is toegelaten. Actief mobiliseren van elleboog en pols moet om verstijving te voorkomen. Dit gebeurt hetzij in een adductieverband of een abductiekussen gedurende 4 à 6 weken. Dit wordt dan gevolgd door 5 à 6 weken actieve mobilisatie-oefeningen, en later door verstevigingsoefeningen van de schoudergordelspiers. In het geval van een debridement wordt onmiddellijke mobilisatie toegelaten, later gevolgd door tonificatie.

Bij de prothese wordt eerst eveneens een fase van passieve mobilisatie voorgeschreven, gevolgd door actieve schoudermobilisatie-oefeningen. Wat ook de gekozen techniek is, de revalidatie is steeds langdurig en varieert tussen de 3 à 6 maanden.

Verpleegkundige aandachtspunten

➤ Postoperatief

Patiënten krijgen meestal een interscaleen block; hierbij worden de zenuwen van de arm verdoofd door een insputing in de hals.

Indien interscaleen block uitgewerkt is; voldoende pijnstilling geven.

➤ Dag 1

redon verwijderen om 14u

Kinetec voor ontslag (soms worden ze geroepen naar de fysiotherapie op -1)

➤ Dag 1 of 2

Ontslag afhankelijk van de pijnklachten bij de patiënt.

3.4 SCHOUDERFRACTUUR

Wat met een schouderfractuur?

Breuken rond het schoudergewricht komen frequent voor, vooral bij sportongevallen en op oudere leeftijd (in het kader van osteoporose).

De meeste schouderbreuken worden niet-operatief behandeld met rust in een draagverband, pijnstillers en voorzichtige kinesithérapie. Vaak treedt er in min of meerdere mate een verstijving op van het schoudergewricht, die enkele maanden kan aanslepen en die meestal met kinesithérapie kan worden verholpen.

Wanneer de botfragmenten echter teveel verplaatst zijn, valt een heel trage en onvolledige genezing te verwachten. Blijvende pijn en een belangrijk functieverlies kunnen dan optreden. In deze gevallen **wordt een operatieve ingreep voorgesteld** aan de patiënt. De aard van de ingreep is sterk afhankelijk van het type breuk en van de leeftijd van de patiënt.

Intredebegeleider/stageorganisatie

Tel: 051/42(5210) of (5211)

intredebegeleiding@sintandriestielt.be

Wanneer de schouderkop nog intact is en bij patiënten onder 65 jaar, wordt meestal een **osteosynthese** uitgevoerd, waarbij de gebroken botfragmenten terug op hun plaats worden gezet en gefixeerd worden met pinnen en/of een plaat en schroeven.

In geval de schouderkop zelf teveel beschadigd is, sterft deze vaak langzaam af door stoornissen in de bloedtoevoer ook al kan een goede osteosynthese worden uitgevoerd. Om dit te vermijden, wordt zeker bij mensen boven 65 jaar vaak meteen voorgesteld een **prothese** te plaatsen. De resultaten hiervan kunnen sterk variëren, maar meestal wordt een pijnloze en functionele schouder bekomen waarmee de patiënt zichzelf kan voeden en wassen en waarmee de meeste dagdagelijkse activiteiten kunnen uitgevoerd worden.

De revalidatie na een schouderbreuk bedraagt steeds vele maanden en vraagt langdurige oefen- en kinesitherapie. Elk geval moet steeds individueel geëvalueerd worden en oplossingen op maat van de patiënt moeten gezocht worden.

Verpleegkundige aandachtspunten:

- Preoperatief
 - Fiche klaarmaken
 - Revalidatiebriefje
 - Xanax® 0.5mg (0.25mg > 90 jaar)
 - Ontsmetten met uni-dosis Isobetadine®
 - Navragen of nazicht door internist noodzakelijk is
 - Nazicht medicatie; anti-coagulantia checken
- Postoperatief
 - Geen Fraxiparine®
 - Redons verwijderen na consult dokter
 - Infuus verwijderen na consult dokter en pijnstilling per os geven
- Vermoedelijke verblijfsduur; 2 à 3 dagen

3.5 OPERATIE VOORSTE KRUISBANDEN (Dr. Van Nuffel)

(Uitleg operatie en inhoud aandoening wordt nog voorzien.)

Verpleegkundige aandachtspunten:

- Preoperatief
 - Fiche klaarmaken
 - Revalidatiebriefje
 - Xanax® 0.5mg (0.25mg > 90 jaar)
 - Ontsmetten met uni-dosis Isobetadine®
 - Lange anti-trombotische kousen bestellen (enkel- , kuit- , dij- omtrek + lengte meten)

Intredebegeleider/stageorganisatie

Tel: 051/42(5210) of (5211)

intredebegeleiding@sintandriestielt.be

➤ Postoperatief

- Bloedafname 2^{de} dag postop
- Rx controle, 2^{de} dag postop
- Redon verwijderen dag 1 postop
- Afneembare gipsatelle en kinetec aanvragen

4. Revalidatieschema per operatie

4.1 Heupoperaties

4.1.1. Totale heupprothese (THP)

- Wat: Bij een totale heupprothese wordt zowel de heupkop als de heupkom vervangen. De heupkop wordt vervangen door een prothese steel, die in het dijbeen geplaatst wordt, met daarop een nieuwe kop. De heupkom in het bekken wordt ook vervangen.
- Steunen en stappen?: De patiënt mag daar voorzichtig op steunen en na ongeveer een drietal dagen na operatie mag de patiënt onder begeleiding voorzichtig proberen te stappen met behulp van een looprekje.
- Aandachtspunten: De patiënt mag met een totale heupprothese geen adductie doen (been mag de middellijn van het lichaam niet kruisen) en geen draaibewegingen maken.



4.1.2 Bi-articulaire heupprothese (BHP)

- Wat: Bij een bi-articulaire heupprothese wordt een prothese steel in het dijbeen geplaatst met een grote mobiele heupkop erop. De kom wordt niet vervangen. Dit wordt meestal gebruikt na een fractuur bij oudere mensen met een minder actieve levensstijl.
- Steunen en stappen?: De patiënt mag daar voorzichtig op steunen en na ongeveer een drietal dagen na operatie mag de patiënt onder begeleiding voorzichtig proberen te stappen met behulp van een looprekje.
- Aandachtspunten: De patiënt mag met een bi-articulaire heupprothese geen adductie doen (been mag de middellijn van het lichaam niet kruisen) en geen draaibewegingen maken.



4.1.3 Gamma-nagel

- Wat: Een speciale pen met schroef wordt in het dijbeen geplaatst. De dijbeenhals wordt met de kop van het dijbeen gefixeerd door de schroef die in die pen past.
- Steunen en stappen?: enkel na advies van een behandelende arts

4.1.4 Dynamische heupschroef (DHS)

- Wat: De eigen heupkop en kom worden bij een dynamische heupschroef behouden. De breuk wordt hersteld door het gebruik van een plaatje en een schroef.
- Steunen en stappen?: enkel na advies van de behandelende arts
- Aandachtspunten: De patiënt mag met een dynamische heupschroef geen adductie doen (been mag de middellijn van het lichaam niet kruisen) en geen draaibewegingen maken.



4.1.5 Resurfacing of Durom heupoperatie

4.2 Wat: Bij een resurfacing prothese blijft de heupkop grotendeels intact. Alleen de beschadigde kraakbeenlaag met daaronder een laagje van het bot wordt weggehaald. Ter vervanging van de kraakbeenlaag wordt een metalen oppervlak aangebracht. Deze prothese wordt met botcement op de eigen heupkop vastgezet. Het bijbehorende metalen kommetje wordt in het bekken geplaatst zonder cement, het klemt zichzelf vast. De resurfacing techniek wordt vooral toegepast bij lichamelijk actieve patiënten met een goede bot kwaliteit.



- Steunen en stappen?: De patiënt mag daar voorzichtig op steunen en na ongeveer een drietal dagen na operatie mag de patiënt onder begeleiding voorzichtig proberen te stappen met behulp van een looprekje.
- Aandachtspunten: De patiënt mag met een resurfacing operatie geen adductie doen (been mag de middellijn van het lichaam niet kruisen) en geen draaibewegingen maken.

4.2 Knieoperaties

4.2.1 Voorste kruisband operatie (VKB)

- Wat: De voorste kruisband is een structuur gelegen in het midden van de knie die verantwoordelijk is voor stabiliteit in de knie in voor-achterwaartse bewegingen. Problemen treden op na een scheur van de voorste kruisband. Dit zien we voornamelijk bij voetbal- en skiletsels.
- Steunen en stappen?: Na enkele dagen is meestal voorzichtige steun met krukken toegelaten. Maar toch liefst vragen aan behandelende arts.
- Aandachtspunten: De patiënt mag niet wringen en draaien met de knie.

4.2.2 Mediale band of mediaal collateraal ligament (MCL)

- Wat: De mediale band is een gewrichtsband dewelke zich situeert aan de binnenzijde van de knie. Hij loopt in staande houding verticaal vanaf het dijbeen naar het scheenbeen. De mediale band bevat een oppervlakkig gedeelte en een dieper gelegen gedeelte. Kwetsuren aan de mediale band worden veroorzaakt door gebeurtenissen waarbij het onderbeen naar buiten wordt geduwd ten opzichte van het bovenbeen. Bij sport gaat het veelal om een "balblokkage" waarbij twee spelers de bal inklemmen tussen hen in en waarbij bij één speler het onderbeen naar buiten wordt getrokken. Het kan ook gebeuren bij ski-ongevallen waarbij de knie op de skilat naar binnen wordt geplooid.
- Steunen en stappen?: navragen bij behandelende arts
- Aandachtspunten: De patiënt mag niet wringen en draaien met de knie.

4.2.3 Totale knie-operatie (TKP)

- Wat: Bij deze operatie worden de versleten uiteinden van het dijbeen en scheenbeen vervangen door metalen prothesedelen. Daartussen komt een plastic schijfje, dat de spanning tussen de prothesedelen in stand houdt en de wrijving vermindert.
- Steunen en stappen?: De eerste dagen na de operatie mag de patiënt daar voorzichtig op steunen voor het uitvoeren van de nodige transfers. Pas na een drietal dagen mag de patiënt beginnen stappen met begeleiding en een looprek.
- Aandachtspunten: De patiënt mag niet wringen en draaien met de knie.



4.2.4 Unicompartimentele knie-operatie

- Wat: Bij een unicompartimentele knie-operatie wordt enkel één zijde van de knie vervangen.
- Steunen en stappen?: De eerste dagen na de operatie mag de patiënt daar voorzichtig op steunen voor het uitvoeren van de nodige transfers. Pas na een drietal dagen mag de patiënt beginnen stappen met begeleiding en een looprek.
- Aandachtspunten: De patiënt mag niet wringen en draaien met de knie.

4.3 Rugoperaties

4.3.1 Discus hernia operatie of laminectomie

- Wat: Een hernia is een breuk met hierbij een uitstulping van het binnenste van de tussenwervelschijf. Deze uitstulping drukt op een zenuw waardoor pijnklachten ontstaan. Bij hernia operatie wordt de uitstulping van de tussenwervelschijf verwijderd, waarna het zachte gedeelte van de tussenwervelschijf zoveel mogelijk wordt uitgeruimd.

Er zijn twee soorten van operatie-indicaties:

***Absoluut** : Bij zenuwuitval die zo ernstig is dat hierdoor verlamingsverschijnselen van de onderste ledematen of uitval van de sluitspieren veroorzaakt worden.

***Relatief** : Wanneer pijn bestaat waar de patiënt zoveel last van heeft dat hij met deze pijn niet goed kan functioneren. Het subjectieve klachtenpatroon speelt hier dus een doorslaggevende rol.

- Steunen en stappen?: Eerste dag normaal bedrust, tweede dag voorzichtig eens opzitten en vanaf de derde dag stappen met behulp van rollator, looprek of krukken.
- Aandachtspunten: De rug moet als een blok gaan bewegen.

4.4 Schouderoperaties

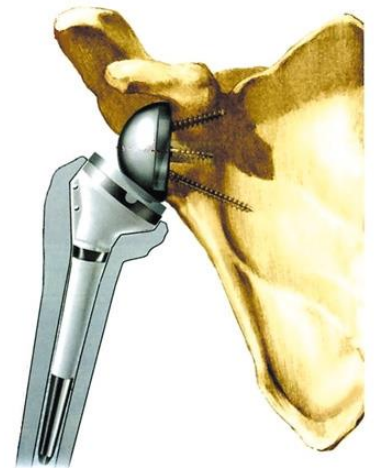
4.4.1 Totale schouderprothese (TSP)

- Wat: Bij een Totale Schouder Prothese worden in de bovenarm een stalen pen geplaatst en aan het uiteinde hiervan word een nieuwe stalen schouderkop geschroefd. En op het schouderblad word een nieuw gewrichtsvlak geplaatst.
- Aandachtspunten: Bij een schouderoperatie mag de patiënt geen draaibewegingen maken met de arm. Hij mag ook geen adductiebeweging maken (arm mag lijn in het midden van het lichaam niet kruisen). De arm van de patiënt moet ook steeds in een mastersling gesteund liggen. Die mastersling moet zo aangepast worden dat de schouder ontspannen kan afhangen en dat de pols hoger geplaatst wordt dan de elleboog.



4.4.2 Reversed shoulder prothese (RSP)

- Wat: Afhankelijk van de kwaliteit van de spieren van de schouder kan de orthopedisch chirurg besluiten om een 'omgekeerde' prothese te plaatsen. Bij de omgekeerde prothese wordt de schouderkop vervangen door een kom met hieraan een steel. De steel gaat in de bovenarm. De schouderkom wordt hierbij vervangen door een bol. De bol wordt met schroeven in het schouderblad gefixeerd.
- Aandachtspunten: Bij een schouderoperatie mag de patiënt geen draaibewegingen maken met de arm. Hij mag ook geen adductiebeweging maken (arm mag lijn in het midden van het lichaam niet kruisen). De arm van de patiënt moet ook steeds in een mastersling gesteund liggen. Die mastersling moet zo aangepast worden dat de schouder ontspannen kan afhangen en dat de pols hoger geplaatst wordt dan de elleboog.



4.4.3 Rotator cuff operatie (rot cuff)

- Wat: Een rotator cuff is een peesblad bestaande uit het uiteinde van 4 spieren rond de schouder. De functie van de rotator cuff is zorgen voor de stabiliteit van het schoudergewricht en door het selectief aantrekken van de verschillende spiergroepen beweging van de arm mogelijk te maken. Een scheur in één van deze pezen wordt een rotator cuff scheur genoemd. De scheuren kunnen ontstaan als gevolg van chronische irritatie (overbelasting) of als gevolg van een acuut trauma (val). Indien conservatieve behandelingen niet of onvoldoende helpen, of dat het gaat om acute rotator cuff scheuren zal geopteerd worden voor een rotator-cuff herstel.
- Aandachtspunten: Bij een schouderoperatie mag de patiënt geen draaibewegingen maken met de arm. Hij mag ook geen adductiebeweging maken

(arm mag lijn in het midden van het lichaam niet kruisen). De arm van de patiënt moet ook steeds in een mastersling gesteund liggen. Die mastersling moet zo aangepast worden dat de schouder ontspannen kan afhangen en dat de pols hoger geplaatst wordt dan de elleboog.

5. Verpleegmethode en dagindeling

Op de dienst wordt gewerkt volgens het systeem van geïntegreerde verpleging, hier zijn vroeg-laet en nachtdiensten.

Elke dag wordt een nieuwe werkverdeling opgemaakt en uitgehangen in de verpleegpost.

Hierop kan je terugvinden wie verantwoordelijk is, en wie welke shift heeft.

Studenten worden toegewezen aan een verpleegkundige

Per dienst worden ook de kamers verdeeld, zodat de verpleegkundigen weten voor welke patiënten zij verantwoordelijk zijn in hun shift.

6. Algemene dienstinformatie

6.1. Nuchterblaadje

Kan je vinden aan het prikbord in de verpleegpost.

6.2 Maaltijden

aandachtspunten bij het opdienen

Informeer of de patiënt nuchter is

Controleer naam van de patiënt (identificatiebandje)

Maaltijd klaarzetten en hulp bieden waar nodig.

Patiënt correct installeren.

Wissel steeds van glas zodat patiënt regelmatig vers glas heeft.

Aandachtspunten bij het afdienen

Controleer of de patiënt medicatie heeft ingenomen, er geen persoonlijk gerief op de plateau nog ligt (tanden, bril, enz...)

Bestek vooraan op de plateau leggen.

Zorg dat de patiënt een comfortabele houding krijgt en belletje binnen handbereik.

Maaltijdwijziging

Elke patiënt krijgt een 'gewoon' menu bij opname.

Indien dit aangepast moet worden (NPO, nuchter, dieet) gebeurt dit via een maaltijdwijziging.



Via resultatenviewer klik je op de rechtermuisknop op de naam van de patiënt en zo wordt het formulier geopend en kan je de wijziging plaatsen en op versturen drukken om dit te verzenden naar de keuken.

6.3. Oproepsysteem

Elke patiënt heeft zijn oproepsysteem 'belletje', dit heeft een visueel (rode lamp boven kamerdeur) en een auditief(in bureel en in de kamer waar een verpleegkundige bezig is (beletlichtje aansteken) signaal

Bij alarm: onmiddellijk hulp bieden !



6.4 Medicatie

Medicatiebeheer

De medicatievoorraad bevindt zich in de verpleegpost.

De infusen bevinden zich in de kasten in de gang.

De verdoving zit in een aparte kast met aparte sleutel op af te sluiten.

Er wordt gewerkt met elektronisch medicatiebeheer. Er is toegang via een individueel paswoord. Elke kamer is uitgerust met een computer.

Het medicatieplan wordt opgemaakt door de verpleegkundige.

Medicatie die zich in de voorraad van de afdeling bevindt, wordt klaargezet voor de volgende shift.

Andere medicatie wordt automatisch via de apotheek klaargezet in de kast van de centrale ziekenhuisapotheek.

De dienst wordt elke morgen terug bevoorraad vanuit de apotheek, de medicatiebak kan afgehaald worden bij de centrale apotheek.

Verdoving wordt aangevraagd op een apart medicatieblad en moet geschreven worden en voorzien zijn van handtekening.

Medicatie-toediening

Alle toegediende medicatie wordt afgetekend door de verpleegkundige, verantwoordelijk voor de patiënt.
Op het einde van elke shift controleren of alle medicatie afgetekend is.

Studenten mogen enkel medicatie toedienen onder toezicht van een verpleegkundige.

6.5. Linnen

Na ontslag van de patiënt wordt het bed volledig gereinigd.
Vers linnen bevindt zich op de linnenkar.
Het linnen wordt systematisch aangevuld op maandag, woensdag en vrijdag. Bij tekorten transportdienst verwittigen (6598)

Een bed wordt opgemaakt volgens afspraken met manutentie

Opmaak standaardbed

- onderlaken
- steeklaken in de lengte
- bovenlaken en deken
- grote en kleine kussensloop

Opmaak bed met alternetingmatras

- steeklaken overlans bed onder boven en in het midden(3)
- steeklaken in de lengte

- bovenlaken en deken
- grote en kleine kussensloop

Linnensortering

	Inhoud
WIT	Lakens, steeklakens, kussenslopen, op hemden, handdoeken, washandjes, dekens, buikbanden, keukenhanddoeken
ROOD	Hoofdkussens, gordijnen
GEEL	Alle besmet linnen
GELE NET	Fixatiemateriaal, zwachtels en lendenriem

6.6 Medisch materiaal

Steriele sets

Volgende sets worden gebruikt voor wondverzorging en/of blaascatheterisatie:

Set	Inhoud
3M	1 pincet - 5 gaasjes 5/5 - 1 veld
4M	1 pincet - 1 kleine schaar - 5 gaasjes 5/5 - 1 veld
8M	2 pincetten - 1 kocher - 1 grote schaar - 2x5 gaasjes 5/5 - 1 veld
Sondage	1 wegwerppincet - 1 paar handschoenen medium - 5 gaastampons 1 gaas 7/7 - 1 veld
Blaasspoeling	1 kartonnen nierbekken - 1 ronde godet - 1 rechthoekige godet 5 gaasjes 5/5 - 1 veld

In dezelfde kasten bevindt zich ook het ander steriel materiaal van Sterima, zoals:

Intredebegeleider/stageorganisatie
Tel: 051/42(5210) of (5211)
intredebegeleiding@sintandriestielt.be

pincetten - kochers - scharen - stilets - godets en allerhande kompressen.

Het bevuilde instrumentarium wordt verzameld in een kartonnen box, deze wordt wekelijks opgehaald. Het steriele materiaal wordt systematisch aangevuld op maandag, woensdag en vrijdag. Bij tekorten: telefoneer naar de transportdienst.

Bestelling medisch materiaal

De bestelling van het medisch materiaal gebeurt wekelijks op vrijdag.

6.7 Bureelmateriaal

Bureelmateriaal wordt tweewekelijks aangevraagd, op vrijdag.

6.8 Voeding

Voeding wordt maandelijks besteld, op vrijdag

6.9 Afval

Cfr. Procedure TP VP/043 'selectief verzamelen van afval'

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende afvalstromen

- Papier- en kartonafval
- Glasafval
- Niet- Risicohoudend medisch afval
- Risicohoudend medisch afval
- Batterijen
- Medicatie
- Divers

7. Specifieke dienstinformatie

7.1 Aandachtspunten bij opname

- Anamnese:

Anamnese altijd afnemen en daarvoor voorziene blauwe anamneseformulier invullen + paraferen + datum noteren
Allergieën navragen en duidelijk noteren (ook op anesthesiefiche igv operatie), dieet navragen en noteren

- Dieetaanvraag en maaltijdwijziging doorgeven.
- Wens voor telefoonaansluiting navragen: bij opname melden of indien later aanvragen via tel nr 11.
- Bezit van anti-trombotische kousen navragen en laten meebrengen daar deze kostelijk zijn voor de patiënt.
- H2O aanbieden
- Bij grote ingrepen (TKP & THP) tel nr van de afdeling meegeven (051/425360) & evt. tel nr van IZ (051/425140).
- Heeft patiënt speciale apparatuur bij zich? Kasdienst contacteren voor aansprakelijkheid. (zie intranet)
- Moet bloed besteld worden? Steeds bellen naar labo (soms moet de aanvraag nog ingediend worden)



7.2 Aandachtspunten bij ontslag

- **Dossiers bij ontslag:** iedere vrijdag worden de verpleegkundige patiëntendossiers gearchiveerd door de logistiek medewerkers
Er wordt uitdrukkelijk gevraagd **NIETS** te **NIETEN** !!!!

1/ dossiers revalidatie, ORL, anesthesie:

Deponeer de dossiers in de doos in de gipskamer
MKG- document wordt aan de dokters bezorgd

Dwz.:

Dr. Van Houcke
Dr. Verhamme
Dr. Van Neuville
Alle anesthesisten

2/ dossiers urologie

Het MKG – papier is een wit blad.
Het volledige dossier wordt naar poli heelkunde gebracht.

3/ dossiers gynaecologie

Volledig dossier naar CD brengen (inclusief MKG- document)

4/ dossiers algemene heelkunde

Volledig dossier naar poli- heelkunde brengen (inclusief MKG- document)

5/ dossiers interne

Volledig dossier naar poli- interne

TIJDENS MVG: WERKPLANNEN KOPIEREN ALS ER EEN EKG OF INTERN CONSULT GEBEURD IS.

DE KOPIE GAAT NAAR INTERNE, HET ORIGINEEL WERKPLAN BLIJFT IN HET VERPLEEGKUNDIG DOSSIER (getekend door diegene die kopie maakt)

Werkplannen naar interne zo EKG of intern consult of andere interne onderzoeken gebeurd zijn.

7.3 Aandachtspunten bij transfer naar andere afdeling

- **Overname door een andere dokter :**

Wat doen ???

Via consult wordt overname aangevraagd vb. G-dienst

Bij goedkeuring wordt door de behandelende arts de overname via mail aangevraagd.

Indien plaats vrij komt op de afdeling waar patiënt heen moet, worden beide afdelingen op de hoogte gebracht.

Beide afdelingen nemen contact met elkaar op en in onderling overleg wordt afgesproken wanneer de patiënt best verhuist.

Administratief

Wat wordt met de patiënt meegegeven naar de nieuwe afdeling?

- Het volledige dossier uitgezonderd de roze MKG -bladen, het blauwe MKG- formulier en de transfusiedocumenten.
- De medicatiefiche en alle medicatie uit het geneesmiddelenbakje
- Nieuwe patiënten klevers worden aangevraagd (nieuwe arts en nieuwe kamernummer) en meegegeven indien reeds voorradig

Voorbeeld: overname G- dienst

1/ huidig behandelend arts doet schriftelijke aanvraag via consult-document

2/ internist bevestigt overname al dan niet

- indien akkoord; mailt internist naar dr. Orthopedie & naar de inlichtingen & naar C2
- pas na bevestiging gaat de opnamedienst op zoek naar een bed.



7.4 Aandachtspunten bij bloedtransfusie

- Wordt aangevraagd via het labo
 - ***navragen** in labo of er nog bloed klaarligt voor patiënt
 - *aanvraag indienen in geval er bloed moet gekruist worden
 - *als er bloed klaarligt: per bloedeenheden afhalen in het labo met patiënten klever
 - *vóór toedienen bloed: **controle door twee verpleegkundigen (zie transfusiedocument)** * 's nachts wordt geen bloed toegediend tenzij dringend (dan is hoofdwacht tweede controlepersoon)
 - *transfusiedocument wordt ter ondertekening van dokter gelegd, het ondertekende formulier komt in het patiëntendossier vlak voor het MKG blad (bevestigen met paperclip)

!!!Extra aandacht als verschillende patiënten bloed moeten krijgen!!!

8. Verpleegdossier

Het verpleegdossier bestaat uit een plastic map, de kleur afhankelijk van de behandelend arts. Het verpleegdossier bestaat uit verschillende documenten.

8.1 Kleurencode

BLAUW	Dr. Van Nuffel
ROOD	Dr. Raes
GEEL	Dr. Deroo
WIT	Dr. Martens
ORANGE	Andere artsen

8.2 Documenten (in volgorde)

8.2.1 Verpleegkundige anamnese (blauw)

Intredebegeleider/stageorganisatie

Tel: 051/42(5210) of (5211)

intredebegeleiding@sintandriestielt.be

Dit document wordt in principe meegegeven van spoed, en dient de eerste dagen wanneer de patiënt opgenomen wordt, ingevuld te worden.
Altijd dit formulier invullen en voorzien van datum en paraaf.

8.2.2 MKG formulier (roze)

Dit formulier wordt ingevuld door iedere arts die de patiënt behandelt en/of onderzoekt.

8.2.3 multidisciplinair observatieblad (geel)

Hierop schrijven de begeleidende diensten (logo-ergo-sociale dienst- kine-...) informatie over de patiënt.

8.2.4 Werkplan (groen)

Het werkplan is een document waarop de verschillende onderzoeken vermeld staan met aanduiding van de datum van aanvraag en datum van uitvoering.

Het is van belang om het onderzoek af te tekenen op datum van uitvoering. Ook telkens een staal (urine, sputum,..) naar het labo gestuurd wordt dient dit afgetekend te worden.

8.2.5 Medicatie lijst (vanuit medicatiebeheer)

Hierop zie je voor een ganse week, welke medicatie de patiënt neemt.

8.2.6 Parameterblad

Voorkant

Hierop vind je

- de diagnose
- het dieet
- kine

- DNR code
- ...

Op de voorkant dienst ook de lengte en het gewicht ingevuld te worden.

Deze dienen genomen te worden bij opname!

Aandachtspunten kunnen hierop ook vermeld worden vb: datum wanneer BS geplaatst is.

Binnenkant

Op de binnenzijde van het verpleegdossier worden de parameters aangeduid. Volgende parameters worden aangeduid:

- pols (in het blauw)
- Temp (in het rood)
- RR
- pijn (in het groen)
- gewicht
- stoelgang
- urinedebiet
- vocht (wondvocht-drains)
- glycemie (enkel bij insulinedrip glycemie te vermelden op speciaal Blad.



Bij opname worden de patiënten gewogen en verder 1x/week, welke patiënten gewogen moeten worden vind je terug op het werkverdelingsblad in fluo.

Indien de patiënt bloed krijgt toegediend wordt dit aangeduid met een rood driehoekje.

Achterkant

Hierop wordt het dag en nacht verslag ingevuld.

8.2.7 Wondzorgblad

Aan de voorzijde van dit blad wordt aangeduid waar de wonde zich bevind. Welke wonde het is en de behandeling.

Aan de binnenzijde wordt een dagelijkse evaluatie van de wonde gedaan.

8.2.8 verpleegplanning

Op dit blad staan verschillende items.

Aan de hand hiervan kun je aanduiden (door te omcirkelen en paraferen) welke acties je hebt uitgevoerd bij de patiënt.

Studenten moeten na het aanduiden altijd laten controleren door een gediplomeerde en deze dienst te paraferen.

8.2.9 Ontslagformulier (rekeningblad)

Het ontslagformulier wordt ingevuld telkens de patiënt iets verbruikt dat niet in de ligdagprijs is inbegrepen. Dat kan o.a. zijn:

- stuk zeep
- plasticzak voor kledij
- doos papier zakdoekjes
- materiaal gebruikt voor lijktooi

9. Uurrooster

V1	6:30 11:00	11:39 14:45
V2	6:30 11:45	12:24 14:45
L1	13:15 17:00	17:39 21:30
L2	13:15 17:45	18:24 21:30
HV	7:45 12:00	13:39 17:00
HV	8:00 12:15	14:39 18:00
Onderbroken	7:45 12:00	18:09 21:30
Nacht	21:15 06:45	
3.8 (2)	7:45 11:33	
3.8 (2)	14:42 18:30	

(1) uurrooster met uitdovend karakter

(2) uurrooster te hanteren voor 50% en 75% arbeidsregime

10. Logistieke assistent

Op een verpleegafdeling werken mensen samen met verschillende deskundigheden, zij overleggen samen, in welke zorgsituaties bepaalde deskundigheden vereist zijn.

De wet op de verpleegkunde geeft duidelijke richtlijnen en normen aangaande de wijze waarop aan de verpleegkundige activiteit binnen een ziekenhuis gestalte moet worden gegeven.

Ook voor het verzorgend personeel is een eigen profiel opgesteld door de Vlaamse Onderwijsraad.

De logistiek assistent(e) onderscheidt zich van de verpleegkundige en de verzorgende door het feit dat zij/hij een hulpfunctie vervult op uitvoerend niveau en niet participeert in de directe zorgverlening aan patiënten.

Het dient benadrukt te worden dat de logistiek assistent(e) onder geen enkele voorwaarde verpleegkundige of patiëntverzorgende taken mag uitvoeren. De logistiek assistent(e) is specifiek opgeleid, lager geschoold personeel en maakt deel uit van het verpleegkundig departement. Alle taken gebeuren onder supervisie van het verpleegkundig personeel.

De taken van de logistiek assistent(e) kunnen omschreven worden als het ondersteunen van verpleegkundig en verzorgend personeel door het verzekeren van taken die voor verplegenden en verzorgenden tijdbesparend kunnen zijn.

De limitatieve lijst met activiteiten die door de logistiek assistent(e) mogen verricht worden is beschikbaar op elke afdeling.

Uren logistiek assistent(e)

Log 1	7:45	11:33	13:45	17:00
Log 2	8:15	12:03	14:42	18:30
Log VM	8:15	12:03		
Log NM	14:42	18:30		

10. Architectonische indeling

407		traphal
406		408
405		409
404		410
403		411
402		412
medisch office		413
verpleegpost		414
reine utility		415
onreine utility		416
keuken		417
gipskamer		
badkamer		
WC	WC	
berging/ linnenkamer		

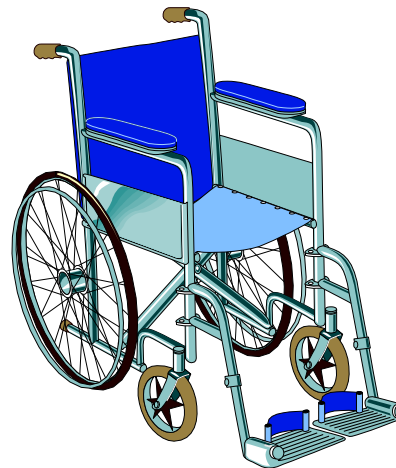
10.1 Voorstelling van de dienstruimten

Berging G2

- deze bevat orthopedisch materiaal van de afdeling C2

Berging/Linnenkamer

- voorraad linnen
- incontinentiemateriaal
- voorraad schoonmaakmateriaal
- rolstoelen
- bedverlengstukken
- infuusstaanders
- persoonlijke handtaskastjes
- tillift
- eettafels
- toilet-verhoging
- ...



Badkamer + toilet personeel

- Kinetec
- toilet personeel
- toilet bezoekers

Gipskamer

In deze kamer worden de gipsen aangelegd & verwijderd van de patiënten die opgenomen zijn. De ambulante patiënten worden verzorgd in de gipskamer op poli orthopedie.

Keuken

Onreine utility – spoelruimte

- uitgietskorf
- afwasbak
- vuil linnenmanden
- voorraad linnenzakken
- wasbekkens
- materiaal voor haarwassing
- materiaal voor lavement, bedpannen
- urinezakken – urinaals
- ...

Reine utility

- verzorgingskarren
- aspirator
- bloeddrukmeters
- telefoons
- verzorgingsmateriaal allerhande:
 - steriele sets + instrumenten
 - kompressen
 - verbandmaterialen
 - allerlei sondes
 - papieren zakdoeken
 - handschoenen: steriel + niet steriel
 - O₂ en verstuivingsmaskers en -pluggen
 - ...
- **hier bevindt zich ook de beademingsballon**

Verpleegpost

☎ 5360

- verpleegdossiers

Medisch office

- medicatiekasten (altijd op slot!)
- koelkast voor medicatie
- infuusleidingen
- spuiten & naalden
- plateau voor infuus en bloedafname
- thermometers
- bloedglucosemeter
- ...

Medicatie wordt hier voorbereid en wordt klaargelegd voor de komende 24 u.

Traphal

Deze bevindt zich op het einde van de gang.

Dit is tevens een nooduitgang, en mag dus nooit versperd worden !!

11. Lijst met veelgebruikte afkortingen

BS	blaassonde
NSAID	niet steroïdale anti inflammatoire drugs
PCEA	patiënt controled epidurale analgesie
DHS	dynamische heupschroef
BHP	Bi heup heupprothese
DCS	dynamische condylaire schroef
TKP	totale knieprothese
THP	totale heupprothese
VKB	voorste kruisband
AC herstel	Acromioclaviculair herstel
VKO	verkeersongeval
DAV	droog aseptisch verband
UD	urine debiet
SC	subcutaan
IV	intraveneus
IM	intramusculair
PO	per os
NPO	niets per os