

Patiëntenmap

Operatie onder anesthesie voor kinderen



Patiëntenmap voor operatie of procedure onder anesthesie voor kinderen

Beste ouder(s)

In deze patiëntenmap vindt u alle formulieren die voor de operatie of procedure van uw kind dienen te worden ingevuld. We willen er vriendelijk op wijzen dat, om de operatie te kunnen laten plaatsvinden, deze vervuld moeten worden voor de opname. Aan de zijkant van elke pagina staat telkens vermeld wie het respectievelijke formulier dient in te vullen:



In te vullen door specialist	pag. 4, 7-10, 17-25
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 3, 5-14
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 15-16

Ga één dag voor de operatie langs bij de huisarts of de kinderarts met deze patiëntenmap. Vul hiervoor eerst de vragenlijst op p. 12-13 in. Bij verdere vragen kunt u terecht op onderstaande coördinaten.

Dienst Anesthesie
Sint-Andriesziekenhuis
Bruggestraat 84
8700 Tielt
051 42 51 11
info@sintandriestielt.be

Dienst Pediatrie
Sint-Andriesziekenhuis
Bruggestraat 84
8700 Tielt
051 42 52 69

Het Sint-Andriesziekenhuis en de artsen kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor verwikkelingen volgend uit het gebruik van de richtlijnen in deze patiëntenmap.

Gegevens

Patiëntenklever

Patiëntgegevens

- ♦ Naam
- ♦ Voornaam
- ♦ Geboortedatum
- ♦ Geslacht: O M O V

Opnamegegevens

- ♦ Indicatie
- ♦ Ingreep
- ♦ Operatiezijde O Rechts O Links
- ♦ Datum ingreep
- ♦ Datum + uur opname
- ♦ Specialist

Voor de opname

- ♦ Vul het toestemmingsdocument in voor chirurgie en anesthesie.
- ♦ Vul de preoperatieve vragenlijst correct in. U kan dit ook samen met de huisarts of kinderarts doen.
- ♦ Eventueel moeten er nog voor de ingreep bijkomende onderzoeken gebeuren (bloedname, bezoek specialist ...).
- ♦ Neem voor opname contact op met de verzekeringsinstelling waar u een hospitalisatieverzekering hebt.

**Voor bijkomende informatie kunt u steeds terecht bij uw specialist,
uw huisarts of de dienst anesthesie of pediatrie van het Sint-Andriesziekenhuis.**

Dag van de opname

Nuchter zijn voor narcose

KINDEREN

- ♦ Heldere vloeistof* ten laatste 2 uur voor de procedure of ingreep/operatie
- ♦ Borstvoeding ten laatste 4 uur voor de procedure of ingreep/operatie
- ♦ Vaste voeding en flesvoeding ten laatste 6 uur voor de procedure of ingreep/operatie
(i.g.v. coloscopie: laatste voeding zal worden overlegd met de pediater)

*Heldere vloeistof = water, appelsap, koffie of thee zonder melk

Bijkomende richtlijnen:
.....

Wat breng ik mee?

- ♦ Identiteitskaart, gegevens van hospitalisatieverzekering.
- ♦ Allergiekaart en bloedgroepkaart indien u dit bezit.
- ♦ Thuismedicatie in de originele verpakking of in een thuismedicatiezak.
- ♦ Deze brochure eventueel aangevuld met resultaten van bijkomende onderzoeken.
- ♦ Knuffel of iets anders waar uw kind troost bij vindt.

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 verwikkelingen 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

Toestemming voor sedatie/anesthesie (verdooving)/ analgesie (pijnstilling)

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

Ik (naam van de patiënt).....geboren op .../.../.....begrijp dat anesthesie en/of het pijnbeleid vóór, tijdens en na de operatie risico's met zich kan meebrengen. Ik begrijp dat er verwikkelingen kunnen optreden bij zowel sedatie, als anesthesie als pijnstilling. Deze verwikkelingen zijn verschillend, maar kunnen volgende omvatten (niet-limitatieve lijst):

- Algemene verdooving: misselijkheid en braken, spierpijn, schade aan tanden, lippen en irritatie van de ogen, geheugenstoornissen, zenuwschade, duizeligheid, schade aan de stembanden e.a.
- Regionale anesthesie: zenuwschade, bloeding, infectie.
- Spinale of epidurale anesthesie: zenuwschade, bloeding, infectie, hoofdpijn, misselijkheid en braken.
- Sedatie: geheugenstoornissen en verwardheid.

Ik begrijp dat zeer zeldzame verwikkelingen (1/100 000) kunnen optreden bij elke anesthesie, zoals hart- en ademhalingsproblemen en ernstige allergische reacties. Een overlijden ten gevolge van anesthesie is zeer zeldzaam en wordt bijna altijd veroorzaakt door meerdere verwikkelingen bij patiënten die reeds voor de operatie in slechte gezondheidstoestand verkeren.

Ik kreeg voldoende mogelijkheid om bijkomende vragen te stellen en deze werden in duidelijke en verstaanbare bewoordingen voldoende beantwoord.

In samenspraak met de anesthesist en de patiënt werd besloten tot (type anesthesie). De anesthesist zal de door de patiënt gekozen anesthesievorm toedienen, voor zover deze medisch gezien verantwoord is.

Indien de anesthesist een andere anesthesievorm meer aangewezen acht, wordt dit me tijdig en gemotiveerd meegedeeld. Ik heb dan de mogelijkheid om, in overleg met de anesthesist, een weloverwogen keuze te maken voor eventueel een andere vorm van anesthesie.

Deze nieuwe keuze wordt dan aan dit toestemmingsformulier toegevoegd.

Indien ik weiger akkoord te gaan met een andere door de anesthesist voorgestelde anesthesievorm, dan heeft de anesthesist de keuze om ofwel toch de door de patiënt gekozen anesthesievorm toe te passen, ofwel te weigeren deel te nemen aan de heekundige ingreep. De patiënt zal daar vanzelfsprekend ook over geïnformeerd worden.

Ik begrijp dat de risico's van anesthesie groter kunnen zijn door de (medische) toestand waarin ik me bevind.

Hierbij werd mijn aandacht gevestigd op het feit volgende richtlijnen strikt uit te voeren:

- Ik zal nuchter zijn voor de operatie volgens de richtlijnen van de anesthesist. Ik heb begrepen dat het verboden is te eten vanaf 6u voor de procedure of ingreep/operatie.
- Ik weet dat ik het ziekenhuis niet mag verlaten zonder begeleiding.
- Er zal thuis iemand aanwezig zijn tot 12u na ontslag uit het ziekenhuis.
- Bijkomende richtlijnen ter voorbereiding van de anesthesie zijn terug te vinden in het preoperatief boekje. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen: ja/neen.

Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Dit formulier wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier.

Ik verklaar hierbij dat ik kennis nam van dit toestemmingsformulier en indien nodig, verduidelijking kreeg van de anesthesist.

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

Naam en handtekening patiënt
of wettelijk vertegenwoordiger

Naam en handtekening anesthesist

Toestemmingsverklaring voor toediening van bloed en bloedproducten

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

- ☐ Ik werd in duidelijke en verstaanbare termen ingelicht over de risico's die verbonden zijn aan het toedienen van bloed of bloedproducten. Ik geef mijn toestemming om—indien dit medisch noodzakelijk is—tijdens of na de ingreep bloed of bloedproducten toegediend te krijgen.

Indien u wenst om GEEN bloed of bloedproducten te ontvangen in omstandigheden waar de behandelend arts het medisch verantwoord of noodzakelijk vindt, moeten wij u vragen dit expliciet te vermelden en dit document te ondertekenen.

De behandelende arts zal steeds alle andere middelen die ter beschikking zijn aanwenden om u in de mate van het mogelijke te helpen zonder toediening van bloed of bloedproducten.

- ☐ Ik werd in duidelijke en verstaanbare termen ingelicht over de risico's die verbonden zijn aan het toedienen van bloed of bloedproducten. Ik geef hierbij GEEN toestemming dat de behandelende arts mij bloed of bloedproducten toedient indien dit medisch noodzakelijk is tijdens of na de ingreep.

Ik ben mij bewust van het feit dat het niet ontvangen van bloed of bloedproducten in sommige situaties ernstige en fatale gevolgen kan hebben.

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

Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd' (handgeschreven)

Vragenlijst voor het onderzoek of de behandeling

Patiënt

Naam:		
Geboortedatum:		
Leeftijd:	Lengte:	Gewicht:
Voor welk onderzoek / operatie / behandeling wordt uw kind opgenomen? Datum: Operatie: Rechts/Links:		
Werd uw kind vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?/...../.....:/...../.....:/...../.....:/...../.....:/...../.....:		Ja/nee
Waren er toen problemen? Zo ja, welke?		Ja/nee
Zijn er in de familie ooit ernstige moeilijkheden geweest bij een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:		Ja/nee
Is uw kind allergisch of overgevoelig aan bepaalde zaken? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:		Ja/nee

Is uw kind prematuur geboren? Op hoeveel weken? Geboortegewicht?	Ja/nee
Is uw kind al ernstig ziek geweest? Zo ja, welke ziekte(s)?	Ja/nee
Is uw kind de laatste twee weken ernstig ziek geweest? Zo ja, welke ziekte(s)?	Ja/nee
Zijn er in de familie bloedingsziekten? Zo ja, welke?	Ja/nee
Lijdt uw kind aan een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	Ja/nee
Heeft uw kind een chronische ziekte bijvoorbeeld astma, diabetes, epilepsie e.a.? Zo ja, welke?	Ja/nee
Zijn er problemen met de stolling van het bloed?	Ja/nee
Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken zonder reden?	Ja/nee
Heeft uw kind last van bloedend tandvlees?	Ja/nee

Geneesmiddelengebruik

Neemt uw kind medicatie of heeft het de laatste maand medicatie genomen?
Zo ja, vul dan onderstaande tabel nauwkeurig in of laat het invullen door de huisarts

Geneesmiddel			Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname	In de zak?
Naam	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u			
Bijv. Aspirine	100 mg	Tablet	1	-	-	-	/	15/02	Ja

Neemt uw kind homeopathische middelen, geneeskrachtige kruiden of voedingssupplementen of heeft het dit de laatste 6 maand gedaan? Zo ja, vul dan onderstaande tabel nauwkeurig in.

Geneesmiddel			Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname	In de zak?
Naam	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u			
Bijv. Aspirine	100 mg	Tablet	1	-	-	-	/	15/02	Ja

Ik heb deze vragenlijst gelezen en heb alle vragen begrepen. Ik verklaar deze lijst zorgvuldig ingevuld te hebben en geef toestemming tot anesthesie. In geval van opname in het dagziekenhuis verklaar ik op de hoogte te zijn van de richtlijnen van daghospitalisatie.

Ingevuld door (naam) op/...../.....

Consultatie voorafgaand aan narcose

Beste collegae

Wij willen graag dat elk kind dat een narcose moet ondergaan enkele dagen voorafgaand aan de narcose gezien is door een arts. Dat kan de eigen huisarts of kinderarts zijn.

Bij die gelegenheid zal gevraagd worden onderstaande vragenlijst in te vullen, klinisch onderzoek te verrichten met bepaling van lengte en gewicht. Bij afwijkende kliniek dient de ingreep uitgesteld of dient er eerst verder onderzoek te gebeuren. Patiënt dient dit verslag mee te brengen bij opname.

Gelieve uw patiënt erop te wijzen dat bij koorts of ziekte de ingreep niet kan doorgaan.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Onderzoek voor het onderzoek of behandeling (preoperatief onderzoek)

Geachte collega

Een goed preoperatief onderzoek en afgesproken beleid heeft diverse voordelen zoals bijv. een reductie van morbiditeit voor-tijdens-na de procedure onder narcose, een betere patiëntentevredenheid, een hogere veiligheid e.a. Daarom rekenen we graag op uw steun.

ANAMNESE

(belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst)

.....
.....

KLINISCH ONDERZOEK

Cardiaal:

.....

Hartslag:/min.

Respiratoir:

.....

Neurologisch:

.....

Locomotorisch:

.....

Vasculair:

.....

Infectieus (MRSA, andere?):

.....

Andere:

.....

Stempel huisarts

Handtekening

Datum/...../.....

Stempel specialist

Handtekening

Datum/...../.....

Preoperatieve informatie verpleging

.....

.....

.....

.....

.....

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Nuchter:

Allergie:

Mallampati:

Pulmonair:

Cardiovasculair:

Stempel anesthesist Handtekening Datum/...../..... uur:

Eventuele opmerkingen en/of aanvullingen

Parameters preoperatief	Gewicht:
	Temperatuur:
	Bloeddruk:
	Pols:
Medicatie preoperatief toegediend	
Nuchter vanaf	Datum/...../..... uur:

Overige:

.....

Stempel anesthesist Handtekening Datum/...../..... uur:

Checklist Veilige Heelkunde

Versie Algemene verdoving/Sedatie

Operatiezaal:

Procedure:

Datum:

Datum:

VOOR VERTREK NAAR HET OK	VOOR DE INDUCTIE	VOOR DE HUIDINCISIE	VOORALEER PATIENT OK VERLAAT
Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk ☐ Gegevens kloppen met identificatiebandje	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk ☐ Gegevens kloppen met identificatiebandje	Antibiotica/profylaxe werd gegeven < 60 min vóór incisie ☐ Ja ☐ Niet van toepassing	Ur : De verpleegkundige bevestigt mondeling met het team: ☐ naam van de uiteindelijk uitgevoerde procedure ☐ dat het tellen van de kompressen werd uitgevoerd en klopt ☐ of er zich problemen stelden met materiaal of uitrusting die moeten worden nagekeken.
Is de patiënt allergisch? ☐ Ja ☐ Nee	Heeft de patiënt operatieplaats en ingreep bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk	Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen? ➤ VOOR DE CHIRURG ☐ mogelijke chirurgische problemen/niet routine procedure? ☐ operatieduur? ☐ te verwachten bloedverlies ➤ VOOR DE ANESTHESIST ☐ patiëntspecifieke aandachtspunten? ➤ VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE ☐ sterilität instrumentarium bevestigd (indicatoren in orde?) ☐ opmerkingen over toestellen of hulpmiddelen	De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. ☐ Ja ☐ Niet van toepassing ☐ Sleuteltopics bij ontwaken en postop behandeling overlopen en gedocumenteerd ☒ Beleid tromboprofylaxis ☒ Redons en drains ☒ Postoperatief AB beleid ☒ Pijnbeleid
Aanwezigheid van: ☐ assessment chirurg (p 18) ☐ assessment anesthesist (p 23) ☐ IC chirurgie (p 7) ☐ IC anesthesie/analgesie/sedatie (p 9) ☐ IC transfusie (p 11)	Is het relevante beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal? ☐ Ja ☐ Niet van toepassing Wordt monitor, anesthesietoestellen en medicatie gecontroleerd? ☐ Ja ☐ Aanwezigheid nodige apparatuur/implantaten werd gecontroleerd en bevestigd	Wordt de patiënt correct gepositioneerd? ☐ Ja	WEGING INSTRUMENTEN VOOR AFLEVERING AAN STERILISATIE
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis:	Wordt de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? ☐ Ja Bestaat er een risico op onderkoeling (ingreep > 1,5 uur)? ☐ Ja ☐ Nee <i>Indien ja: actieve verwarming werd voorzien</i> Is de patiënt allergisch? ☐ Ja ☐ Nee Is de kans groot op bloedverlies > 500ml (7ml/kg bij kinderen)? ☐ Ja ☐ Nee <i>Indien ja: voldoende IV-toegangen en perfusievloeistoffen voorzien</i>	Ur Time Out: ☐ Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie ☐ Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd. ☐ Type ingreep wordt benoemd en bevestigd. ☐ Zijde ingreep wordt benoemd en bevestigd.	☐ verpleegkundige bevestigt dat instrumentensets werden geteld ☐ CSA bevestigt dat het aantal instrumenten NA ingreep overeenstemt met aantal VOOR ingreep ☐ verpleegkundige bevestigt dat procedure in geval van afwijkend gewicht werd opgestart.
PATIENTEN ETIKET		PARA AF OMLOOP VPK	PARA AF ANESTHESIST
Is er een verhoogd risico op aspiratie of moeilijke intubatie? ☐ Ja ☐ Nee <i>Indien ja: aangepast materiaal beschikbaar</i>		PARA AF CHIRURG	PARA AF CHIRURG

Checklist Endoscopie

Versie Algemene verdoving/Sedatie

VOOR VERTREK NAAR ENDOSCOPIE	VERIFICATIE	VOOR ENDOSCOPIE	NA DE PROCEDURE
Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk ☐ Gegevens kloppen met identificatiebandje	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk ☐ Gegevens kloppen met identificatiebandje	Antibioticaprofylaxe werd gegeven < 60 min vóór onderzoek ☐ Ja ☐ Niet van toepassing	Uur: De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. ☐ Ja ☐ Niet van toepassing
Is de patiënt allergisch? ☐ Ja ☐ Nee	Heeft de patiënt onderzoek en eventueel ingreep bevestigd? ☐ Ja ☐ Niet mogelijk	Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen?	☐ correcte en volledige documentatie van de endoscopische procedure in het patiëntendossier wordt bevestigd ☐ Sleuteltopics en post-endoscopiebeleid worden overlopen en gedocumenteerd ☒ Postprocedure A-B-beleid ☒ Pijnbeleid ☒ Al dan niet voeding/drinken ☒ Ontslagbeleid
Aanwezigheid van: ☐ assessment internist ☐ assessment anesthesist (bij anesthesie) ☐ IC internist ☐ IC anesthesie/analgesie/sedatie (zo relevant)	Is de patiënt allergisch? ☐ Ja ☐ Nee Is de relevante medicatie nagevraagd en nagekeken? (bloedverdunners, insuline ...) ☐ Ja ☐ Nee	☒ VOOR DE ENDOSCOPIST ☐ mogelijke endoscopische problemen/ niet routine procedure? ☐ onderzoeksduur? ☒ VOOR DE ANESTHESIST (bij anesthesie) ☐ patiëntspecifieke aandachtspunten ☒ VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE ☐ opmerkingen over toestellen of hulpmiddelen	
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis/polikliniek:	Zijn uitlagen van relevante onderzoeken (ECG, labo ...) aanwezig? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing Werden monitor, anesthesietoestel (bij anesthesie) en medicatie gecontroleerd? ☐ Ja		
PATIËNTEN ETIKET	Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? ☐ Ja	T I M E O U T Uur time out: ☐ Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie ☐ Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd. ☐ Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.	
	Is er een verhoogd risico op aspiratie of moeilijke intubatie? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing <i>Indien ja: aangepast materiaal beschikbaar</i> Is het relevante endoscopiemateriaal beschikbaar in de endoscopiezaal? ☐ Ja ☐ Nee		
	Steriliteit instrumentarium werd bevestigd (indicatoren in orde?) ☐ Ja ☐ Niet van toepassing		
	Aanwezigheid noodige apparatuur / implantaten werden gecontroleerd en bevestigd ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing		
	Paraaf verpleegkundige: Paraaf Internist: Paraaf anesthesist (bij anesthesie):		Locatie: Procedure: Datum:

CODE OMTRENT BEPERKING VAN THERAPIE Goedgekeurd in het Lokale Commissie voor Ethiek op 29/04/2011 Goedgekeurd in de medische raad op 9/05/2011		Patiëntengegevens Patiëntendossier versie 20/06/2011																
FORMULIER BEWAREN IN MEDISCH DOSSIER EN IN VERPLEEGDOSSIER																		
Motivering verantwoordelijke arts: Datum, uur, naam, stempel en handtekening verantwoordelijke arts:																		
Overleg met:	Naam	Datum																
☐ Collega arts																		
☐ Huisarts																		
☐ Verpleegkundig team																		
☐ Patiënt																		
☐ Familie																		
☐																		
☐ CODE 0 GEEN THERAPIEBEPERKING																		
☐ CODE 1 NIET REANIMEREN ☐ In geval van circulatiestilstand geen thoraxmassage, geen defibrillatie, noch medicatie ☐ In geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing ☐ In geval van respiratoir falen wel intubatie maar geen kunstmatige beademing																		
CODE 2 THERAPIE NIET UITBREIDEN (includeert CODE 1) Niet starten met: <table border="0"> <tr> <td>☐ Anti-aritmica</td> <td>☐ Enterale nutritie</td> <td>☐ Transfer naar intensieve zorgen</td> </tr> <tr> <td>☐ Antibiotica</td> <td>☐ Heelkundige ingreep</td> <td>☐ Vasopressoren en/of inotropica</td> </tr> <tr> <td>☐ Bloed en/of bloedproducten</td> <td>☐ Opdrijven vasopressoren</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ Chemotherapie</td> <td>☐ Parenterale nutritie</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ Dialyse</td> <td>☐ Radiotherapie</td> <td>☐</td> </tr> </table>				☐ Anti-aritmica	☐ Enterale nutritie	☐ Transfer naar intensieve zorgen	☐ Antibiotica	☐ Heelkundige ingreep	☐ Vasopressoren en/of inotropica	☐ Bloed en/of bloedproducten	☐ Opdrijven vasopressoren	☐	☐ Chemotherapie	☐ Parenterale nutritie	☐	☐ Dialyse	☐ Radiotherapie	☐
☐ Anti-aritmica	☐ Enterale nutritie	☐ Transfer naar intensieve zorgen																
☐ Antibiotica	☐ Heelkundige ingreep	☐ Vasopressoren en/of inotropica																
☐ Bloed en/of bloedproducten	☐ Opdrijven vasopressoren	☐																
☐ Chemotherapie	☐ Parenterale nutritie	☐																
☐ Dialyse	☐ Radiotherapie	☐																
☐ CODE 3 THERAPIE AFBOUWEN (includeert CODE 1 & 2) Stop volgende behandeling(en): <table border="0"> <tr> <td>☐ Afbouw vasopressoren en/of inotropica</td> <td>☐ Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>				☐ Afbouw vasopressoren en/of inotropica	☐ Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie	☐	☐	☐	☐									
☐ Afbouw vasopressoren en/of inotropica	☐ Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie																	
☐	☐																	
☐	☐																	
De waardigheid en het comfort van de patiënt blijven de hoogste prioriteit!																		
MOGELIJKHEID TOT HERROEPING																		
Annuleer onmiddellijk bovenstaande richtlijn(en): Trek meteen een streep door het formulier. Het doorstreepte formulier blijft deel uitmaken van het dossier. Motiveer beslissing tot annulatie in het medisch dossier. Vul een nieuw formulier in ook bij code 0.		Naam, stempel en handtekening van de verantwoordelijke arts: Datum en uur:																

CATHETER:															CENTR. VEN. LIJN:					CAPNOMETRIE					MAAGSONDE					HOT LINE:														
ART. LIJN:																				O ₂ - SATURATIE					BLAASSONDE					SUPRA PUBISCHE SONDE					THERM.					B.H.				
ALGEMENE																																												
Masker nr.										Neus										Gel										PRE-INDUCTION ASSESSMENT ☐														
LM nr.										Oogzalf										Pack										uur:														
Tube: I.D. mm										INTUBATIE										Gemakkelijk										B.L.V.														
Type										Oro naso										Moeilijk																								
LOCO-REGIONALE																																												
Epidurale			Spinale			Sequentiële			Caudaal block			Axillair block			Ischiadicus block			Femoraal block			Plaats			Catheter			Resultaat																	
									Popliteaal block			Interscaalen bl.			Polsblock																													
LOC-AN.			CHIROCAïne																																									
			NAROPIN																																									
			SCANDI																																									
			XYLO																																									
			MARCAïne																																									
ANESTHETICA			ATROPINE																																									
			EPHEDRINE																																									
			DORMICUM																																									
			DIPRIVAN B																																									
			TCI																																									
			NIM/MIV/ESM																																									
			RAPIFEN																																									
			SUFENTA																																									
			ULTIVA CI																																									
O ₂																																												
N ₂ O																																												
LUCHT																																												
SEVO																																												
INFUUS 1																																												
2																																												
3																																												
BLOEDVERLIES																																												
URINEDEBIET																																												
ADEM- HA- LING			Spont.																																									
			Gecont.																																									
TIJD			1 5 3 0 4 5			1 5 3 0 4 5			1 5 3 0 4 5			1 5 3 0 4 5			1 5 3 0 4 5																													
RR ^																																												
POLLS v																																												
START AN X																																												
START OP O																																												
EIND AN ⊗																																												
INT □																																												
EXT ☒																																												
LIGGING																																												
O ₂ SAT																																												
pETCO ₂																																												
CVD																																												
TEMPERATUUR																																												
PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN																																												
Antibioticaprofylaxe: uur: initialen:																																												

RECOVERYDOSSIER

ALLERGIE

PONV (POSTOPERATIEF NAUSEA EN MISSELIJKHEID)

☐ Nee ☐ Ja (zie intakedossier)

☐ Nee ☐ Ja

INGREEP

Ingreep:Chirurg: Dr.

Operatieverslag: ☐ Bijgevoegd ☐ zie MDO

PEROPERATIEF

ANESTHESIST:

DR. CUYPERS/DR. DE BAERE/ DR. HUYSENTRUYT/ DR. LAPORTE/ DR. MEESE/ DR. ROUSSEAU/ DR. SCHOTTE / DR. VINCKIER

ANESTHESIE:

ALGEMENE ETT – LM/CAUDAAL BLOCK

SAMENVATTING (MEDICATIE, BIJZONDERHEDEN,...)

PIJNBELEID (recovery en postoperatief op verblijfsafdeling)

PIJNBELEID ZONDER STAAND ORDER

Intramusculair

☐ Dipidolormg/24u

Intraveneus (enkel toepasbaar oprecovery of IZ)

☐ Dipidolormg/24u

Intraveneus

☐ Contramalmg + Liticanmg/24u

☐ Paracetamolmg/24u

☐ Taradylmg/24u

☐ Diclofenacmg/24u

☐/24u

Oraal

☐ Dafalganmg/24u

☐ Nurofen siroop/24u

Rectaal

☐ Suppo Perdolan/24u

100 mg - 200 mg - 350 mg - 500 mg

☐ Ijstherapie

Inhalatietherapie

☐ Pulmicort/24u

ZORGPLAN POSTOPERATIEF (verblijfsafdelingen): medicamanteus

ZORGPAD ☐ JA ☐ NEE

INFUUSTHERAPIE:

☐ Plasmalyte L /24u

☐ Glucion L /24u

☐ Rest peroperatieve vloeistof tot uit en daarna stop

☐ L /24u

IV MEDICATIE

☐ Pantomed® 40mg 1x 1flac /24u

☐

☐

☐

SC MEDICATIE

☐ Clexane®: 20 mg 40 mg 60 mg 80mg x / 24u

ANTIBIOTICA:

☐ Amoxiclav (Augmentin®) x1g/200mg duur.....

☐ Cefazoline® x2g duur:.....

☐ Amukin® x1g duur:.....

☐ Clindamycine (Dalacin®) x600mg duur:.....

☐ Piperacilline (Tazocin®) x4g/500mg duur.....

☐

INHALATIETHERAPIE

☐ Duovent® 4x ½ flacon / 24u

☐

SPECIFIEKE OPVOLGING:

☐ Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1

☐ Controle bloedverlies

☐ Controle zwelling

ZORGPLAN POSTOPERATIEF: specifieke zorgen

☐ Voeding: ☐ Nuchter blijven totu

☐ NPO

☐ Aangepaste voeding:

☐ Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1

☐ Zuurstoftherapie:LO₂/min

☐ MONITORING op de verblijfsafdeling: ☐ JA ☐ NEE (cf. opnamecriteria)

☐ OPNAME op Intensieve Zorgen: ☐ JA ☐ NEE (cf. opnamecriteria)

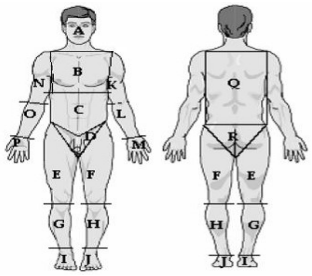
☐ GEPLANDE ONDERZOEKEN:

Paraaf arts

uur	RR	HF	O2 sat	infuus	pijn	Medicatie & opmerkingen	Par.
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

ZORGPLAN POSTOPERATIEF: wond- en katheterzorg (in te vullen voor vertrek naar recovery)

Lokalisatie	Katheters (N200)	Aankruisen indien aanwezig	
	☐ perifeer infuus li / re	☐ buikband	☐ kniekorset
	☐ subclavia katheter li / re	☐ gips(-atelle)	☐ vaginale wiek
	☐ jugularis katheter li / re	☐ abductiekussen	☐ anale wiek
	☐ epidurale katheter	☐ mastersling	☐ kompressen in wonde aantal:
	☐ poortsysteem li / re	☐ andere :	
☐ arteriële katheter li / re			
Drain / sonde (L100) Wondzorg: bijzonderheden			
☐ redon li / re ☐ geen suctie ☐ suctie ☐ lamelle li / re ☐ wondrain li / re			
☐ thoraxdrain li / re ☐ waterslot ☐ suctie:..... cmH ₂ O ☐ maagsonde / gastrostomie			
☐ verblijfsonde/suprapubische sonde" ballon sonde gevuld met.....cc aqua			
☐ nefrostomiesonde ☐ stoma			
Wondzorg: bijzonderheden			

ONTSLAG	
Ontslagcriteria ('Fast Track'-criteria) om te bepalen wanneer pt. naar afdeling kan getransfereerd worden	
De score moet ≥ 12 op 14 met voor geen enkel punt een score < 1 .	
Graad van bewustzijn	
☐ Wakker en georiënteerd	2
☐ Wekbaar door lichte stimulatie	1
☐ Reageert enkel op tactiele stimulatie	0
Fysische activiteit	
☐ Kan alle ledematen bewegen op bevel	2
☐ Lichte zwakte in de beweging van de ledematen	1
☐ Is niet in staat ledematen spontaan te bewegen	0
Hemodynamische stabiliteit	
☐ Bloeddruk $< 15\%$ verschil (+ of -) van de pre-operatieve waarde	2
☐ Bloeddruk 15 à 30% verschil	1
☐ Bloeddruk $> 30\%$ verschil	0
Respiratoire stabiliteit	
☐ Kan diep ademen	2
☐ Snelle ademhaling met goede hoest	1
☐ Belemmerde ademhaling met slappe hoest	0
Zuurstofsaturatie	
☐ Luchtademhaling en saturatie $> 90\%$	2
☐ Heeft supplementaire zuurstof nodig	1
☐ Saturatie $< 90\%$ met zuurstof	0
Postoperatieve pijn	
☐ Geen of mild ongemak	2
☐ Middelmatige tot hevige pijn onder controle met IV analgetica	1
☐ Blijvende hevige pijn	0
Postoperatief braken en misselijkheid	
☐ Geen of milde nausea zonder braken	2
☐ Voorbijgaand braken of wurgen	1
☐ Aanhoudend matige tot hevige nausea en braken	0
TAAL	TO- /14

Transfer van afdeling (A)naar afdeling (B).....op/...../..... omstreeksuur	
Naam en handtekening verpleegkundige recovery	Naam en handtekening verpleegkundige verblijfsafdeling

VERPLEEGPLANNING Plannen = omcirkelen Herplannen = oude planning doorkruisen Uitgevoerd = paraaf Stoppen = //								
HYG	Aanbrengen van: DA uurs / TED -kousen	DA	TED					
MOBILITEIT	INSTALLEREN VAN DE PATIENT							
	BEgeleiding (arm aanbieden) (C120)	BE						
	Gedeelt. hulp: VP k. / GL ijdlaken	VP	GL					
	Volledige hulp: VP k. / GL ijdlaken / TR ansferbord	VP	GL	TR				
	VERPLAATSEN BINNEN DE AFDELING OF KAMER (C200)							
	Begeleiding AR m aanbieden	AR						
URINAIR	Volledige hulp: BE d / RO istoel	BE	RO					
	AANWEZIGHEID TRACTIE IG ORTHOPEDISCHE REDEN (C400)							
	Gewicht tractie:							
	ZElfstandig	ZE						
URINAIR	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)	JA						
	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : UR inaal / BE dpan / LU ier / ON derlegger (B220 - 230)	UR	BE	LU	ON			
	Opvolging mictie (kleur, geur, freq., volume)? (B210)	JA						
	Pt. heeft een VS of SPS : Uitw. Zorg / LE digen / BL aasspoeling / AF klemmen /	UZ	LE	BL	AF			
	Vervangen Collector / Control e Ballon / VerWijderen (B250)	VC	CB	VW				
	VS PL aatsen / verNieuwen (B300)	PL	NI					
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZA kje vervangen (B240)	LE	PL	ZA				
FECAAL	ZElfstandig	ZE						
	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)	JA						
	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : BE dpan / LU ier / ON derlegger (B420 - 430)	BE	LU	ON				
	Opvolging defecatie (kleur, consist., freq.)? (B410)	JA						
	Plaatsen Rectale Sonde	RS						
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZA kje vervangen (B440)	LE	PL	ZA				
VOED	NUCHTER gedurende ganse periode op recovery (D130)	NUCHTER						
	Pt. krijgt TPN : (D400)	TPN						
MS	Pt. heeft MS / GastroStomie / JejunoStomie (G200)	MS	GS	JS				
	→ Control e Positie / DE cubituspreventie neus / Control e Afvloei / Control e Vacuüm	CP	DE	CA	CV			
ADEMHALING	ASPIRATIE VAN DE LUCHTWEGEN (K100)							
	→ Via: MO nd / NE us / TR acheacanule / Endotracheale Tube	MO	NE	TR	ET			
	ONDERSTEUNING ADEMHALINGSFUNCTIE (K200)							
	O₂therapie aantal liter O₂	Zie parameterblad						
ADEMHALING	→ Via: MA sker / NeusBril / LA rynxmasker / TR acheacanule / MAYO -canule / ET / AMbu	MA	NB	LA	TR	MAYO	ET	AM
	BIJKOMENDE HYGIENISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)							
ISOLATIE	Contact / C+ (MRSA) / Druppel / Aerogeen /	C	C+	D	A	...		
	HA ndschoenen / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,...	HA	OV	MA	EE	RE		
ONDERST.	Naam medische handeling (Z200)	TE			CE			
	Informeren van de patiënt?	JA						
ONDERST.	ivm.: ME dicatie, verZO rging, ToeS tand, AP paratuur, ... (S100)	ME	ZO	TS	AP			
	Basisondersteuning patiënt (R110)							
	Toestand patiënt : AN gstig / ON rustig / beDR oefd / AG ressief / AN dere	AN	ON	DR	AG	AD		
	Actie : GE sprek / LU isteren / TR oosten / ON dersteunen / HO op	GE	LU	TR	ON	HO		
CONTACT MET ANDERE INSTELLING (Z400)		Naam instelling						
TOEDIENING BLOED EN BLOEDDERIVATEN (noteer ook aantal gegeven zakjes of eenheden) (N100)								
☐ Vol Bloed ☐ Erythrocytenconcentraat (EC) ☐ Trombocyten ☐ Leukocyten								
☐ Immunoglobulines ☐ Stollingsfactoren ☐ Stamcellen								
BLOEDAFNAMES (noteer ook hoeveel bloedafnames) (N300 N400 N500)								
☐ capillair ☐ veneus ☐ arterieel ☐ poortsysteem								

Notities

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be