

Patiëntenmap

Endoscopische onderzoeken onder sedatie



Patiëntenmap voor endoscopische onderzoeken onder sedatie

Beste patiënt(e)

Binnenkort ondergaat u een onderzoek en/of behandeling onder 'procedurele sedatie en analgesie'. Concreet betekent dit dat de arts u via een ader een kalmeringsmiddel en/of pijnstiller zal inspuiten tijdens het onderzoek of de behandeling. In tegenstelling tot bij een volledige narcose wordt u enkel slaperig. U blijft wekbaar en uw luchtwegreflexen (hoesten, slikken, ademen) blijven behouden.

Voor verdere informatie over procedurele sedatie en analgesie verwijzen we naar de patiënten-infobrochure die te vinden is op de website van het ziekenhuis. Voor meer informatie over uw onderzoek of behandeling kunt u terecht bij uw behandelende specialist. Voor de meeste onderzoeken/behandelingen bestaan ook patiënten-infobrochures, die u zullen worden overhandigd en die eveneens te vinden zijn op de website van het ziekenhuis.

Deze patiëntenmap bevat alle documenten die vereist zijn voor de sedatie. Aan de zijkant van elke pagina staat telkens vermeld wie het respectievelijke formulier dient in te vullen:

In te vullen door specialist/chirurg	pag. 4-8, 14-21
Na te lezen en/of in te vullen door patiënt	pag. 3, 5-13

Ga voor de procedure steeds langs bij de huisarts met deze patiëntenmap. Vul hiervoor eerst de vragenlijst op p. 9 t.e.m. 11 in. Bij verdere vragen kunt u terecht op onderstaande coördinaten.

Dienst Anesthesie

Sint-Andriesziekenhuis
Bruggestraat 84
8700 TIELT
T 051 42 51 11
info@sintandriestielt.be

Dienst Interne

Sint-Andriesziekenhuis
Bruggestraat 84
8700 TIELT
T 051 42 51 60
interne@sintandriestielt.be

We wensen u een voorspoedig verloop van het onderzoek en/of de behandeling.

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
- ◆ Telefoon:
- ◆ Contactpersoon:
- ◆ Huisarts:
- Ambulant / polikliniek
- Dagziekenhuis
- Hospitalisatie (afdeling:)

Procedure

- Bronchoscopie
- Transoesofagale echografie cor
- Gastroscopie
- Coloscopie
- Recto-sigmoidoscopie
-
- ◆ Indicatie
- ◆ Datum + uur procedure
- ◆ Specialist

Sedatiemiddel

- Midazolam
- Midazolam + Opioïd
-

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 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 volstreekte 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 heilkundige 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, en te roken vanaf 6u voor de operatie.
- Ik weet dat ik het ziekenhuis niet mag verlaten zonder begeleiding.
- De dag van de ingreep mag ik geen auto, bromfiets of fiets besturen en machines bedienen.
- Ik nuttig geen alcoholische dranken tot 24u na de ingreep.
- Er zal thuis iemand aanwezig zijn tot 12u na ontslag uit het ziekenhuis.
- Ik neem geen belangrijke beslissingen en onderteken geen documenten, de eerste 24u na de ingreep.
- Bijkomende richtlijnen ter voorbereiding van de anesthesie zijn terug te vinden in het pre operatief boekje. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen: ja/nee.

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

Vragenlijst voor het onderzoek of de behandeling

Leeftijd:	Lengte:	Gewicht:
Welk onderzoek of behandeling is gepland?		
<p>Werd u vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p>	Ja/nee	
<p>Werd u vroeger voor ziektes en medische aandoeningen door uw huisarts behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, in welk jaar en voor welke aandoeningen?</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p> <p>...../...../.....:.....</p>	Ja/nee	
<p>Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Ja/nee	
<p>Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Ja/nee	

Bent u allergisch aan producten (bijv. latex), medicatie (bijv. antibiotica), banaan of kiwi of andere? Zo ja, aan welke stoffen en welke reactie deed zich voor?	Ja/nee
Rookt u? Zo ja, hoeveel? /dag, hoelang? jaar	Ja/nee
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen?...../dag of/week	Ja/nee
Hoe vaak drinkt u 6 (voor vrouwen)/ 8 (voor mannen) of meer glazen alcohol per gelegenheid? O Nooit O Minder dan maandelijks O Maandelijks O Wekelijks O Dagelijks	
Gebruikt u drugs, verdovende of stimulerende middelen?	Ja/nee
Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?	Ja/nee
Hebt u hartproblemen? Zo ja omschrijf:	Ja/nee
Hebt u last van hartritmestoornissen?	Ja/nee
Hebt u last van te hoge of te lage bloeddruk? Wat is uw gebruikelijke bloeddruk? /	Ja/nee
Wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk? Zo ja, is de bloeddruk de laatste tijd goed geregeld?	Ja/nee
Bent u vlug kortademig bij inspanning?	Ja/nee

Bent u kort van adem in rust?	Ja/nee
Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Is er sprake van pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning?	Ja/nee
Hebt u leverproblemen (bijv. hepatitis) of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Bent u in behandeling voor suikerziekte?	Ja/nee
Hebt u een neurologische ziekte? (verlamming, parkinson ...) Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Is er sprake van overmatig snurken of is het slaapapneu syndroom (OSAS) geconstateerd? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Heeft u slikproblemen of problemen met het bewegen van de nek? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Heeft u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp?	Ja/nee
Draagt u contactlenzen of een hoorapparaat?	Ja/nee

Dag van de opname

Richtlijnen voor nuchter zijn

VOLWASSENEN

- ◆ Heldere vloeistof* ten laatste 2 uur voor de procedure of ingreep/operatie
- ◆ Drank en lichte maaltijd ten laatste 6 uur voor de procedure of ingreep/operatie

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

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

Bijkomende richtlijnen:

.....

Geneesmiddelengebruik

Neemt u geneesmiddelen? Zo ja, vul dan onderstaande tabel nauwkeurig in of laat het invullen door de huisarts. Indien u verblijft in een instelling (woonzorgcentrum), voeg dan het medicatieblad van de instelling toe.

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

Ontslagplanning

Hebt u afspraken gemaakt met iemand om u te komen afhalen en naar huis te brengen?

Ja/Nee

Zo ja, met wie?

.....

Zo nee, dan zal de arts in eerste instantie met u bespreken of de procedure onder sedatie naar een latere datum kan worden verplaatst. Ingeval van een niet dringende procedure, wordt dit in de regel verplaatst.

Zo u dit onderzoek onder sedatie toch verder wenst te ondergaan op heden en niemand u naar huis kan begeleiden, zal u gevraagd worden hiervoor een document te ondertekenen vooraleer de sedatie begint.

Handtekening arts

Datum:/...../.....

Uur:

Klinische evaluatie door de specialist

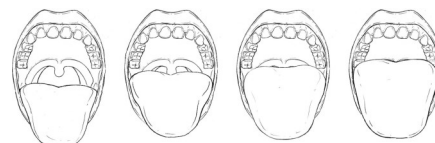
ANAMNESE

(relevante zaken uit anamnese/vragenlijst)

.....

KLINISCH ONDERZOEK

- Mallampati:
- RR: Pols:
- Longauscultatie: Hartauscultatie:.....
- ASA score (p.13): NYHA:
- Allergie:
- Relevante labo resultaten:



NYHA: 'New York Heart Association Functional Classification' (schaal om graad van hartfalen/angor in te schatten)
Klasse I: Geen symptomen of beperking bij normale lichamelijke inspanning. Dus geen vermoeidheid, kortademigheid of pijn op de borst bij inspanning.
Klasse II: Milde symptomen en enige beperking bij normale lichamelijke inspanning. Geringe kortademigheid, vermoeidheid of pijn op de borst bij inspanning.
Klasse III: Belangrijke beperking in de dagelijkse activiteit door symptomen die zich al voordoen bij beperkte inspanning, zoals vermoeidheid en kortademigheid bij lopen van 20-100 meter. Alleen rust geeft comfort en in rust geen klachten.
Klasse IV: Ernstige beperking in activiteit door symptomen die al in rust ontstaan. Bij zeer geringe inspanning nemen de klachten in ernst toe.

- 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:
-
- Nood aan bijkomend labo-onderzoek (nier- of leverfunctie; elektrolyten ...): Ja/nee
- Nood aan consult anesthesie, cardiologie, pneumologie Ja/nee
- Infobrochure procedure uitgelegd door arts én afgegeven aan patiënt: Ja/nee
- Informed consent procedure uitgelegd door arts én ondertekend door patiënt: Ja/nee
- Infobrochure sedatie uitgelegd door arts én afgegeven aan patiënt: Ja/nee
- Informed consent sedatie uitgelegd door arts én ondertekend door patiënt: Ja/nee

Datum & handtekening behandelend arts

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
	Normaal gezonde patiënt	Patiënt met lichte systemische aandoening	Patiënt met invaliderende systemische aandoening die normale activiteit beperkt.	Patiënt met invaliderende systemische aandoening, constante bedreiging voor het leven.
		<ul style="list-style-type: none"> ◇ licht chronische bronchitis ◇ goed behandelde hypertensie ◇ goed geregelde diabetes ◇ milde obesitas, anemie 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ ernstig onregelde hypertensie ◇ onregelde of ongecontr. diabetes ◇ morbide obesitas, ernstige COPS of OSAS ◇ stabiel ischemisch hartlijden ◇ gekende cardiomyopathie ◇ cerebravasculair lijden ◇ chronisch nierinsufficiënte GFR < 60 ml/min 	
Niet-majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + labo op indicatie of 65 jaar			
Majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + LABO + ECG, andere technische onderzoeken op indicatie			

EKG
op klinische indicatie
bij alle patiënten ≥ 65 jaar

RX THORAX
op klinische indicatie

ANDERE
longfunctie, echocardiogram op
klinische indicatie

LABO

1. compleet: Hb, Hct, TBC, WBC
2. stolling: PT, aPTT, INR
3. Nefro + Iono: creatinine, GFR, Na, K, Cl
4. glycemie

Onderzoeken van < 6 maand oud dienen niet herhaald te worden, tenzij er een recente verandering is van de klinische situatie

ASA 4 = high risk è consult anesthesist noodzakelijk

KLINISCHE EVALUATIE

1. door huisarts: altijd
2. door specialist:
 - op klinische indicatie
 - afhankelijk van type en aard van de ingreep

Checklist Endoscopie

Versie Algemene verdoving/Sedatie

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 Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	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 onderzoek en eventueel ingreep bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Is de relevante medicatie nagevraagd en nagekeken? (bloedverdunnings, insuline ...) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zijn uitslagen van relevante onderzoeken (ECG, labo ...) aanwezig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Werden monitor, anesthesietoestel (bij anesthesie) en medicatie gecontroleerd? <input type="checkbox"/> Ja	Antibiotica profylaxe werd gegeven < 60 min vóór onderzoek <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen? > VOOR DE ENDOSCOPIST <input type="checkbox"/> mogelijke endoscopische problemen/niet routine procedure? <input type="checkbox"/> onderzoeksduur? > VOOR DE ANESTHESIST (bij anesthesie) <input type="checkbox"/> patiëntspecifieke aandachtspunten > VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE <input type="checkbox"/> opmerkingen over toestellen of Hulpmiddelen	Uur: De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> correcte en volledige documentatie van de endoscopische procedure in het patiëntendossier wordt bevestigd <input type="checkbox"/> Sleuteltopics en post-endoscopiebeleid worden overlopen en gedocumenteerd <input checked="" type="checkbox"/> Postprocedure AB-beleid <input checked="" type="checkbox"/> Pijnbeleid <input checked="" type="checkbox"/> Al dan niet voeding/drinken <input checked="" type="checkbox"/> Ontslagbeleid
PATIENTEN ETIKET		T I M E O U T	
Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing 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 Indien ja: <i>aangepast materiaal beschikbaar</i> Is het relevante endoscopiemateriaal beschikbaar in de endoscopiezaal? <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	Uur time out: <input type="checkbox"/> Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie <input type="checkbox"/> Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd. <input type="checkbox"/> Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.	Locatie: Procedure: Datum:	
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis/poli:	Paraaf verpleegkundige: Paraaf internist: Paraaf anesthesist (bij anesthesie):		

<p>CODE OMTRENT BEPERKING VAN THERAPIE</p> <p>Goedgekeurd in het Lokale Commissie voor Ethiek op 29/04/2011</p> <p>Goedgekeurd in de medische raad op 9/05/2011</p>	<p>Patiëntengegevens</p> <p>Patiëntendossier versie 20/06/2011</p>																
<p>FORMULIER BEWAREN IN MEDISCH DOSSIER EN IN VERPLEEGDOSSIER</p>																	
<p>Motivering verantwoordelijke arts:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Datum, uur, naam, stempel en handtekening verantwoordelijke arts:</p>																	
Overleg met:	Naam	Datum															
<input type="checkbox"/> Collega arts																	
<input type="checkbox"/> Huisarts																	
<input type="checkbox"/> Verpleegkundig team																	
<input type="checkbox"/> Patiënt																	
<input type="checkbox"/> Familie																	
<input type="checkbox"/>																	
<p><input type="checkbox"/> CODE 0 GEEN THERAPIEBEPERKING</p>																	
<p><input type="checkbox"/> CODE 1 NIET REANIMEREN</p> <p><input type="checkbox"/> In geval van circulatiestilstand geen thoraxmassage, geen defibrillatie, noch medicatie</p> <p><input type="checkbox"/> In geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing</p> <p><input type="checkbox"/> In geval van respiratoir falen wel intubatie maar geen kunstmatige beademing</p>																	
<p>CODE 2 THERAPIE NIET UITBREIDEN (includeert CODE 1)</p> <p>Niet starten met:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Anti-aritmica</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Enterale nutritie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Transfer naar intensieve zorgen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antibiotica</td> <td><input type="checkbox"/> Heelkundige ingreep</td> <td><input type="checkbox"/> Vasopressoren en/of inotropica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bloed en/of bloedproducten</td> <td><input type="checkbox"/> Opdrijven vasopressoren</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chemotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Parenterale nutritie</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dialyse</td> <td><input type="checkbox"/> Radiotherapie</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Anti-aritmica	<input type="checkbox"/> Enterale nutritie	<input type="checkbox"/> Transfer naar intensieve zorgen	<input type="checkbox"/> Antibiotica	<input type="checkbox"/> Heelkundige ingreep	<input type="checkbox"/> Vasopressoren en/of inotropica	<input type="checkbox"/> Bloed en/of bloedproducten	<input type="checkbox"/> Opdrijven vasopressoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Parenterale nutritie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Radiotherapie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti-aritmica	<input type="checkbox"/> Enterale nutritie	<input type="checkbox"/> Transfer naar intensieve zorgen															
<input type="checkbox"/> Antibiotica	<input type="checkbox"/> Heelkundige ingreep	<input type="checkbox"/> Vasopressoren en/of inotropica															
<input type="checkbox"/> Bloed en/of bloedproducten	<input type="checkbox"/> Opdrijven vasopressoren	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Parenterale nutritie	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Radiotherapie	<input type="checkbox"/>															
<p><input type="checkbox"/> CODE 3 THERAPIE AFBOUWEN (includeert CODE 1 & 2)</p> <p>Stop volgende behandeling(en):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Afbouw vasopressoren en/of inotropica</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Afbouw vasopressoren en/of inotropica	<input type="checkbox"/> Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Afbouw vasopressoren en/of inotropica	<input type="checkbox"/> Afbouw of stopzetting kunstmatige ventilatie																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>De waardigheid en het comfort van de patiënt blijven de hoogste prioriteit!</p>																	
<p>MOGELIJKHEID TOT HERROEPING</p>																	
<p>Annuleer onmiddellijk bovenstaande richtlijn(en):</p> <p>Trek meteen een streep door het formulier.</p> <p>Het doorstreepte formulier blijft deel uitmaken van het dossier.</p> <p>Motiveer beslissing tot annulatie in het medisch dossier.</p> <p>Vul een nieuw formulier in ook bij code 0.</p>	<p>Naam, stempel en handtekening van de verantwoordelijke arts:</p> <p>Datum en uur:</p>																

Parameterblad: monitoring tijdens sedatie

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 benodigdheden voor noodgevallen beschikbaar op dienst: aanwezig + functionerend

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

Parameterblad: monitoring tijdens sedatie

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

Uur	Midazolam (mg)	Andere Medicatie	Saturatie	Pols	Bloed druk	Adem (l/min) (fres)	Huidskleur (bleek, cyanose)	Fijn (VAS) + antwoord op analgesie	Nauweal/ braken + antwoord op antiemetica	OARS (Bewus (zijn))	FiO2 (+ hoe O2 toegediend)	Intraveneus
start												
Her-evaluatie van de patiënt voor de start van de procedure Stabiele vitale parameters om veilig sedatie te starten?												
Na 5'												
Na 10'												
Na 15'												
Na 20'												
Na 25'												
Na 30'												
Na 35'												
Na 40'												
Na 45'												
Na 50'												
Na 55'												
Na 60'												
Na 65'												
Na 70'												

Duidt aan met een * bij einde procedure.

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

Parameterblad: ontwaken na sedatie

- ◇ Datum:
- ◇ Gestelde problemen bij procedure Ja/Nee
- Zo ja, welke?
- ◇ Specialist: Dr.
- ◇ Verpleegkundige:
- ◇ Assistent: Dr.....

Uur	Saturatie	Pols	Bloed druk	Adem halings freg	Huid's Kleur (bleek, cyanose)	Pijn + antwoord op analgesie	Nausea/ braken + antwoord op antiemetica	OAA/VS (Bewus zijn)	fIO2 (+ hoe O2 toegediend)	Intuus intraveneus
...u... start										
...u... Na 15'										
...u... Na 30'										
...u... Na 45'										
...u... Na 60'										
...u... Na 75'										
...u... Na 90'										
...u... Na 105'										
...u... Na 120'										
...u... Na 135'										
...u... Na 150'										
...u... Na 165'										
...u... Na 180'										
...u... Na 195'										
...u... Na 210'										

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

Ontslag na sedatie

Ontslag is pas mogelijk als de score groter of gelijk aan 12 op 14 punten bedraagt. Voor geen enkel punt mag er een score lager dan 1 zijn. Zo aan 1 van bovenstaande niet wordt voldaan, dan wordt de anesthesist verwittigd.

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:

Fast track criteria	
GRAAD VAN BEWUSTZIJN	
Wakker en georiënteerd	2
Wek baar door lichte stimulatie	1
Reageert op tactiele stimulatie	0
FYSISCHE ACTIVITEIT	
Kan alle ledematen bewegen op bevel en de kracht is normaal (MRC 5)	2
Lichte zwakte in de beweging van de ledematen (MRC 3-4)	1
Is niet in staat ledematen spontaan te bewegen (MRC <3)	0
HEMODYNAMISCHE STABILITEIT	
Bloeddruk <15% (+of -) van de pré-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 (VAS 0-3)	2
Middelmatige tot hevige pijn onder controle met IV analgetica (VAS 4-7)	1
Blijvende hevige pijn (VAS >8)	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
TOTAAL	
/14	

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be