

Patiëntenmap

Endoscopische onderzoeken onder anesthesie



Patiëntenmap voor endoscopische onderzoeken onder anesthesie

Beste patiënt(e)

In deze patiëntenmap vindt u alle formulieren die voor uw procedure dienen te worden ingevuld. We willen er vriendelijk op wijzen dat, om de procedure te kunnen laten plaatsvinden, deze vervolledigd 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, 24-33
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 3, 5-17
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 18-23

Ga voor de procedure steeds langs bij de huisarts met deze patiëntenmap. Vul hiervoor eerst de vragenlijst op p. 12 t.e.m. 16 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

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
- ◆ Procedure
- ◆ Datum onderzoek
- ◆ Datum + uur opname
- ◆ Specialist

- ◆ ASA-score

Voor de opname

Algemeen

- ◆ Vul het toestemmingsdocument in voor de procedure en anesthesie.
- ◆ Lees aandachtig eventuele informatiebrochures.
- ◆ Vul de preoperatieve vragenlijst correct in. U kunt dit ook samen met uw huisarts doen.
- ◆ Contacteer uw huisarts, minstens 3 dagen voor de procedure. Als u 'bloedverdunners' neemt, dan contacteert u uw huisarts best minstens 7 dagen voor de procedure.
- ◆ Eventueel moeten er nog voor de procedure bijkomende onderzoeken gebeuren (bloedafname, bezoek specialist ...).
- ◆ Neem voor opname contact op met de verzekeringsinstelling waar u een hospitalisatieverzekering hebt.
- ◆ Duid een vertegenwoordiger of contactpersoon aan.
- ◆ Zorg ervoor dat iemand u kan afhalen bij uw vertrek uit het ziekenhuis.

Medicatie

- ◆ Neem uw ochtendmedicatie met een half glas water, na overleg met uw huisarts of specialist.
- ◆ Vraag aan uw huisarts en/of specialist om zo nodig uw medicatie aan te passen voor de procedure, bijv. op tijd stoppen met bloedverdunners.

Roken

Indien u rookt, mag u zeker de dag van de procedure niet meer roken.

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

Dag van de opname

Richtlijnen voor nuchter zijn

VOLWASSENEN

- ◆ Heldere vloeistof* ten laatste 2 uur voor de procedure
- ◆ Drank en lichte maaltijd ten laatste 6 uur voor de procedure (i.g.v. coloscopie: ten laatste de avond ervoor vóór 17-18 uur)

KINDEREN

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

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

Bijkomende richtlijnen:

.....

Hygiënische richtlijnen

- ◆ Neem de ochtend voor de opnamedag een douche.
- ◆ Knip de nagels kort en verwijder nagellak.
- ◆ Breng geen make-up aan.
- ◆ Verwijder juwelen, piercings e.a.

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.
- ◆ Antiflebitis-kousen als u hierover beschikt.
- ◆ Toiletartikelen.
- ◆ Breng geen waardevolle voorwerpen mee.

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, zenuw schade, duizeligheid, schade aan de stembanden e.a.
- Regionale anesthesie: zenuw schade, bloeding, infectie.
- Spinale of epidurale anesthesie: zenuw schade, 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 heelkundige 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

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

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 's avonds soms last van gezwollen voeten en benen?	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 spataders?	Ja/nee
Hebt u reeds flebitis gehad?	Ja/nee
Hebt u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?	Ja/nee
Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend? Zo ja, waren er problemen?	Ja/nee
Hebt u nierproblemen of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u leverproblemen (bijv. hepatitis) of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u ooit een maagzweer gehad?	Ja/nee

Hebt u last van gastro-intestinale reflux (zuurbranden, frequent braken)?	Ja/nee
Bent u in behandeling voor suikerziekte?	Ja/nee
Bent u onlangs verkouden geweest? Hebt u onlangs (laatste maand) de griep gehad?.	Ja/nee
Bent u HIV – positief (seropositief?)	Ja/nee
Gebruikt u cortisone of kreeg u de laatste 6 maanden een inspuiting met cortisone?	Ja/nee
Hebt u een oogziekte en/of bent u daarvoor in behandeling? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u een spierziekte? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u een neurologische ziekte? (verlamming, parkinson ...) Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Is er sprake van overmatig snurken?	Ja/nee
Is het slaapapneu syndroom (OSAS) geconstateerd?	Ja/nee
Heeft u thuis chronische zuurstoftherapie?	Ja/nee

Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u een vals gebit of loszittende tanden?	Ja/nee
Hebt u problemen met het openen van de mond?	Ja/nee
Hebt u slikproblemen?	Ja/nee
Hebt u problemen met het bewegen van de nek?	Ja/nee
Draagt u contactlenzen of een hoorapparaat?	Ja/nee
Hebt u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp?	Ja/nee
Hebt u een beperking in het uitvoeren van bepaalde bewegingen die niet in verband staan met deze operatie? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Bent u de afgelopen 2 maanden behandeld of opgenomen ge- weest in een buitenlands ziekenhuis?	Ja/nee
Werkt u op een landbouwbedrijf met varkens?	Ja/nee

Handtekening arts

Datum en uur:

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

Sommige medicamenten moet u voor de ingreep stoppen, andere niet.

Overleg dit met uw huisarts.

Medicatie te stoppen voor de ingreep	Hoeveel dagen vooraf?

Indien u op voorhand een raadpleging wenst met een anesthesist, dan kunt u contact opnemen met de dienst anesthesie (zie pag. 3).

Evaluatie voor het onderzoek of de 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)

ASA-score			
I	II	III	IV

Zie pag. 23

.....

.....

.....

.....

KLINISCH ONDERZOEK

Bloeddruk:/.....mm Hg , Hartslag:/min.

Longauscultatie:

.....

.....

Hartauscultatie:

.....

.....

Abdominaal/gastro-intestinaal:

.....

.....

Urogenitaal:

.....

.....

Bewustzijn en mentale status:

.....

Locomotorisch:

.....

Vasculair:

.....

Infectieus (MRSA, andere?):

.....

Andere:

.....

TECHNISCHE ONDERZOEKEN (zie richtlijnen pag. 23)

ECG protocol:

.....

(graag ECG zelf toevoegen aub)

LAB (vul in of voeg protocol bij):

Hb:	Hct:	TBC:	INR / PTT:	aPTT:
WBC:	TE:	Creatinine:	GFR:	Ureum:
Bili:	Glyc:	TSH		
Na:	K:	Cl:	BIC:	Ca:

Opmerkingen van de HUISARTS voor de SPECIALIST en/of VERPLEEGKUNDIGEN van de AFDELING:

.....

Stempel huisarts

Handtekening

Datum

Stempel specialist

Handtekening

Datum

Medicatiebeleid: welke medicatie stoppen?

Afspraak: gelieve de meeste chronische thuismedicatie verder te geven en dus ook op de ochtend (vóór 6 uur 's morgens) of dag van het onderzoek zelf.

- Tip 1: Het verder geven van bètablokkers en statines, bij chronisch daarmee behandelde patiënten, op de dag van de procedure is geassocieerd met gereduceerde cardiale morbiditeit en mortaliteit.
- Tip 2: Denk ook aan voorschrijven van orale en inhalatie corticosteroïden, anti-epileptica, maagbeschermers, anti-aritmica ... de ochtend van de procedure bij chronisch daarmee behandelde patiënten.

NAAM MEDICATIE	LAATSTE INNAME
ANTIDIABETICA Metformine andere orale antidiabetica langwerkende insulinen (Lantus® e.a.) bifasische insulines (Mixtard®, humuline® 30/70 ...) snelwerkende insulines	> 24 u avond voordien avond voordien halve dosis ochtend v.h. onderzoek niet op de dag van onderzoek
NOAC en ANTICO	Zie pag. 21-22
IJZERPREPARATEN	i.g.v. coloscopie: 5 dagen voor de procedure stoppen

PERIOPERATIEVE OVERBRUGGINGSTHERAPIE – SINT-ANDRIES TIELT

Anti-stolling – VKA (1)

	Hoog bloedingsrisico (2,3)	MATIG en LAAG Trombo-embolie risico
HOOG Trombo-embolie risico		
	<ul style="list-style-type: none"> * Miltaikunsklep * VKF (CHA₂DS₂-VASc ≥ 2) * DVT/longembol < 3 maanden * Arteriaal embol * Ernstige trombofilie 	<ul style="list-style-type: none"> * Bilateraal aortakunsklep (SU) * VKF (CHA₂DS₂-VASc < 2) * DVT/longembol > 3 maanden * Milde trombofilie
Stop VKA	<ul style="list-style-type: none"> * Marcoumar[®]: stop 7 dagen vóór de ingreep = dag -8 * Marevan[®]: stop 5 dagen vóór de ingreep = dag -6 * Sintrom[®]: stop 3 dagen vóór de ingreep = dag -4 	
Pre-op LMWH	LMWH starten 2 dagen na stop VKA	
Dosis LMWH	Therapeutische dosis (bvz Cleksane [®] : 1 mg/kg 2x/d of 2e keur: 1,5 mg/kg 1x/d)	Intermediaire dosis (bvz Cleksane [®] : 1 mg/kg 1x/d)
Laatste pre-op dosis LMWH	≥24u voor de ingreep	
	Controle INR ≥ 1 dag vóór de ingreep. Indien INR > 2 dan ≥ 2 mg Konaklor [®] per os bedlenen.	
Post-op herstarten LMWH	<ul style="list-style-type: none"> * Vanaf 8u na de ingreep mag profylactische dosis LMWH herstart worden (bvz Cleksane[®] 40 mg/dag). * Vanaf 24u na de ingreep: intermediaire dosis LMWH. * Vanaf 48u na de ingreep: therapeutische dosis LMWH. 	
Post-op herstarten VKA	<ul style="list-style-type: none"> * Herstart VKA 24-48u post-op aan onderhoudsdosis. Controle INR dag 6 na herstarten (geen oploaddosis). * Post-op LMWH verder tot 2 x INR > 2. 	

Dosis LMWH halveren bij ernstige nierinsufficiëtie (CrCl < 30 ml/min)

(1) NOAC: cit. apart informatieblad.

(2) Zie tabel: Bloedingsrisico van de ingreep of invasieve procedure.

(3) Bij laag bloedingsrisico: VKA stoppen tot INR < 2,5.

BLOEDINGSRISICO VAN DE INGREEP OF INVASIEVE PROCEDURE

Richtlijngevende lijsten: steeds overweg met chirurgieoperator wim risico

Hoog bloedingsrisico

- Cardiale neekwunde
- Intracraniale of spinale neekwunde
- Aorta-aneurysme
- Perifere vasculaire wunde (Igv VKA)
- Heup- en knieartroplastie/ruingreep/prothesechirurgie
- Reconstructieve plastische neekwunde
- Majoritaire oculo-gene neekwunde
- Prostaat- en blaaschirurgie, prostaat- of niertransplantatie
- Pacemakeraanplanting, Coronairgraaf (Igv VKA)
- Abdominale en gynaecologische ingreep
- ORL-chirurgie (uitz. endo. larynxchirurgie + trommelvlieswond)

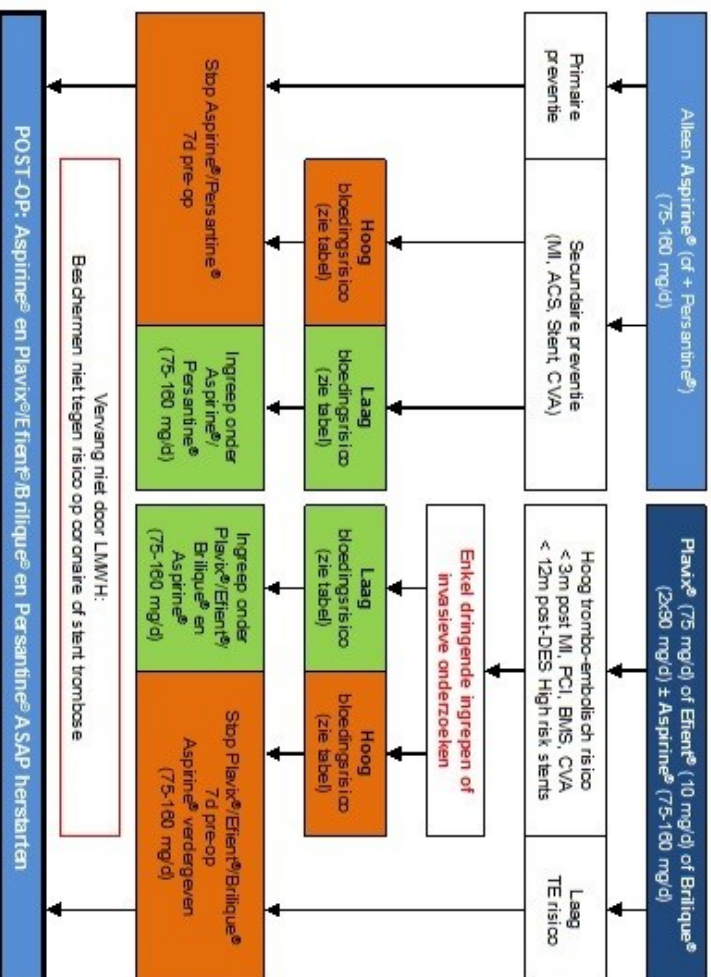
- Dilatatie endoscopische ERCP met strictectomie
- Plakken PEG sondeleio endoscopie met FNA
- Endoscopische hemostase en varrose Rf
- Resectie van colonpoliepen
- Tumorradicaal
- Cystogastrostomie
- Epidurale anesthesie/epidurale infiltratie
- Post-neuro ooggreep, vitreomilie, strabisme, traanwaggreep
- Botdoorstentnuncie (Igv VKA)
- Vasculomorphe borst
- Long- en abdominale diaphragdrainage

Laag bloedingsrisico

- Minder tandheelkundige procedures, vullingen, tandsteen verwijderen, tot 2 tandextrahies (bv. Exac/mondspoeling)
- Minder dermatologische procedures
- Otorhinologische procedures: cataractwond
- Diagnostische bronchoscopie zonder biopsie/maatspirale
- Pacemakeraanplanting/Coronairgraaf (Igv antitrombotica)
- Perifere vasculaire wunde (Igv antitrombotica)
- ORL, trommelvlieswond, endoscopische larynxchirurgie
- Diagnostische gastroscopie (+/- biopsie)

- Signifite coagulatie (+/- diopsie)
- Diagnostische coagulatie
- ERCP zonder strictectomie
- Endo endoscopie zonder FNA
- Endoscopische stent zonder dilatatie (niet in enteraal)
- Capsule endoscopie/enteroscoop
- Antroscopie en andere perifere orthopedische ingrepen (VKA stoppen tot s2 0)
- Punctie/ablatie en coronairdiagnose borst
- Peritriculair infiltratie/antico CT en intravas geurdriven

LMWH = Low Molecular Weight Heparin / VKA = Vitamine K-antagonist



Anti-aggregatie

Electieve ingrepen bij patiënten onder NOAC

			Laag bloedingsrisico	Hoog bloedingsrisico
STOP NOAC	<u>Pradaxa®</u>	GFR > 80 ml/ ^l GFR 50 - 80 ml/ ^l GFR 30 - 50 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 72 uur vooraf ≥ 96 uur vooraf
	<u>Xarelto®</u>	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	<u>Eliquis®</u>	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	<u>Lixiana®</u>	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
BRIDING			GEEN	GEEN
POSTOP HERSTART			*> 8u postop als hemotase OK. *intermediaire dosis LMWH als hemostase niet OK.	> 8u: profylactisch LMWH ≥ 24u: intermediair LMWH ≥ 48u: therapeutisch LMWH > 72u: NOAC als hemostase OK (eerst stop LMWH)

Cfr. EHRA practical

Guide aug. 2015

www.NOACforAF.eu

Bovenstaande richtlijnen 'peri-operatieve overbruggingstherapie' en 'electieve ingrepen onder NOAC' zijn een Sint-Andries-versie van juni 2016. De geneeskundige kennis evolueert echter verder en wordt ook in het Sint-Andriesziekenhuis continu opgevolgd. Voor een laatste update van richtlijnen en meer informatie, verwijzen we vriendelijk naar de website:

www.sintandriestielt.be > Zorgverleners > Huisartsen > Peri-operatieve bridging

	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 nierrinsufficiënte GFR < 60 ml/min 		
Niet-majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + labo op indicatie + ECG op indicatie of 65 jaar			
Majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + LABO + ECG, andere technische onderzoeken op indicatie			

ECG
op klinische indicatie
bij alle patiënten ³ 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

KLINISCHE EVALUATIE

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

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

Bij twijfel kunt u steeds contact opnemen met de dienst anesthesie (051/425130) of de betrokken specialist

Preoperatieve informatie verpleging

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Nuchter:

Allergie:

Mallampati:

Pulmonair:

Cardiovasculair:

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

Eventuele opmerkingen en/of aanvullingen

.....

.....

.....

.....

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

<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>																

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? (bloedverdunners, 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 Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <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
T I M E O U T			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.
PATIËNTEN ETIKET			Locatie: Procedure: Datum:
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis/poli:			Paraaf verpleegkundige: Paraaf internist: Paraaf anesthesist (bij anesthesie):

CATHETER:	CENTR. VEN. LIJN:	CAPNOMETRIE	MAAGSONDE	HOT LINE:	
ART. LIJN:		O ₂ - SATURATIE	BLAASSONDE PUBISCHE SONDE SUPRA	THERM.	B.H.

ALGEMENE					
Masker nr.	Neus	Gel	PRE-INDUCTION ASSESSMENT <input type="checkbox"/>		
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 Popliteaal block		Axillair block Interscaleen bl.		Ischiadicus block Polsblock		Femoraal block		Plaats		Catheter		Resultaat					
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		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45				
RR [^] v	220																						
POLS	200																						
START AN X	180																						
START OP O	160																						
EIND AN ⊗	140																						
	120																						
	100																						
	80																						
INT <input type="checkbox"/>	60																						
EXT <input checked="" type="checkbox"/>	40																						
LIGGING																							
O ₂ SAT																							
pETCO ₂																							
CVD																							
TEMPERATUUR																							

PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN

Antibioticaprofylaxe: uur: initialen:

RECOVERYDOSSIER	Patiëntenklever
ALLERGIE	PONV (POSTOPERATIEF NAUSEA EN MISSELIJKHEID)
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (zie intakedossier)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
INGREEP	
Ingreep: Chirurg: Dr.	
PEROPERATIEF	
ANESTHESIST: DR. DE BAERE/ DR. CUYPERS / DR. HUYSENTRUYT/ DR. LAPORTE/ DR. MEESE/ DR. ROUSSEAU/ DR. SCHOTTE / DR. VINCKIER /	
ANESTHESIE: ALGEMENE ETT – LM/ RACHI/ EPIDURALE/ PLEXUS/ POLS BLOCK/ INTERSCALEEN BLOCK/ POPLITEA BLOCK/ FEMORAAL BLOCK/ISCHIADICUS BLOCK	
SAMENVATTING (MEDICATIE, BIJZONDERHEDEN ...)	
.....	
PIJNBELEID (recovery en postoperatief op verblijfsafdeling)	
<p><u>PIJNBELEID MET STAAND ORDER RECOVERY</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pijnbeleid recovery volwassenen (>16 jaar)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Ambulante patiënten: <input type="radio"/> NSAID OK <input type="radio"/> geen NSAID!</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Gehospitaliseerde patiënten: <input type="radio"/> NSAID OK <input type="radio"/> geen NSAID!</p> <p><u>PIJNBELEID ZONDER STAAND ORDER</u></p> <p><i>Intramusculair</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dipidolormg/24u</p> <p><i>Intraveneus (enkel toepasbaar oprecovery of IZ)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dipidolormg</p> <p><input type="checkbox"/> Contramal 100mg + Litican 50mg/24u</p> <p><input type="checkbox"/> Paracetamol 0.5 g - 1g...../24u</p> <p><input type="checkbox"/> Diclofenac 75 mg/24u</p> <p><input type="checkbox"/>/24u</p>	<p><u>PIJNBELEID MET STAAND ORDER VERBLIJFSAFDELING</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pijnbeleid dagziekenhuis</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> schema <u>met</u> Diclofenac®</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> schema <u>zonder</u> Diclofenac®</p> <p style="margin-left: 20px;">Pijnpakket bij ontslag uit dagziekenhuis</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Pijnpakket 1 (Dafalgan®)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Pijnpakket 2 (Dafalgan®, Diclofenac®)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Pijnpakket 3 (Dafalgan®, Contramal®)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Pijnpakket 4 (Dafalgan®, Diclofenac®, Contramal®)</p> <p><input type="checkbox"/> Pijnbeleid postoperatief <input type="checkbox"/> Pijnbeleid Intensieve</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> schema <u>met</u> Diclofenac®</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> schema <u>zonder</u> Diclofenac®</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> schema met PCEA- pomp</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> zie formulier PCEA</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> <u>zonder</u> Diclofenac®</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> <u>met</u> Diclofenac®</p>
ZORGPLAN POSTOPERATIEF (verblijfsafdelingen)	
<p><u>Operatieverslag:</u> <input type="checkbox"/> Bijgevoegd <input type="checkbox"/> zie MDO</p> <p><u>ZORGPAD</u> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE</p> <p><u>INFUUSTHERAPIE:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Plasmalyte L /24u</p> <p><input type="checkbox"/> Glucion L /24u</p> <p><input type="checkbox"/> Rest peroperatieve vloeistof tot uit en daarna stop</p> <p><input type="checkbox"/> L /24u</p> <p><u>IV MEDICATIE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pantomed® 40mg 1x 1flac /24u</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>SC MEDICATIE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Clexane®: 20 mg 40 mg 60 mg 80mg x / 24u</p>	<p><u>ANTIBIOTICA:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Amoxiclav (Augmentin®) x1g/200mg duur.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cefazoline® x2g duur:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Clindamycine (Dalacin®) x600mg duur:.....</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>INHALATIETHERAPIE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Duovent® 4x ½ flacon / 24u</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>SPECIFIEKE OPVOLGING:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Controle bloedverlies</p> <p><input type="checkbox"/> Controle zwelling</p>
<p><input type="checkbox"/> Voeding: <input type="radio"/> Drinken vanaf.....u</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> NPO</p> <p><input type="checkbox"/> Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 10</p> <p><input type="checkbox"/> Zuurstoftherapie:LO₂/min</p> <p><input type="checkbox"/> Ijstherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> MONITORING op de verblijfsafdeling: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE</p> <p style="margin-left: 20px;">(cf. opnamecriteria)</p> <p><input type="checkbox"/> OPNAME op Intensieve Zorgen: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE</p> <p style="margin-left: 20px;">(cf. opnamecriteria)</p> <p><input type="checkbox"/> GEPLANDE ONDERZOEKEN: Paraaf arts</p>

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							

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

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

Lokalisatie	Katheters (N200)	Aankruisen indien aanwezig	
	<input type="checkbox"/> perifere infuus li / re	<input type="checkbox"/> buikband	<input type="checkbox"/> kniekorset
	<input type="checkbox"/> subclavia katheter li / re	<input type="checkbox"/> gips(-atelle)	<input type="checkbox"/> vaginale wick
	<input type="checkbox"/> jugularis katheter li / re	<input type="checkbox"/> abductiekussen	<input type="checkbox"/> anale wick
	<input type="checkbox"/> epidurale katheter	<input type="checkbox"/> mastersling	<input type="checkbox"/> kompressen in wonde aantal:
	<input type="checkbox"/> poortsysteem li / re	<input type="checkbox"/> andere :	
	<input type="checkbox"/> arteriële katheter li / re		

Drain / sonde (L100)

Wondzorg: bijzonderheden

<input type="checkbox"/> redon li / re	<input type="checkbox"/> geen suctie	<input type="checkbox"/> suctie	<input type="checkbox"/> lamelle li / re	<input type="checkbox"/> wondrain li / re
<input type="checkbox"/> thoraxdrain li / re	<input type="checkbox"/> waterslot	<input type="checkbox"/> suctie:..... cmH ₂ O	<input type="checkbox"/> maagsonde / gastrostomie	
<input type="checkbox"/> verblijfsonde/suprapubische sonde" ballon sonde gevuld met.....cc aqua				
<input type="checkbox"/> nefrostomiesonde			<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Wakker en georiënteerd	2
<input type="checkbox"/> Wekbaar door lichte stimulatie	1
<input type="checkbox"/> Reageert enkel op tactiele stimulatie	0
Fysische activiteit	
<input type="checkbox"/> Kan alle ledematen bewegen op bevel	2
<input type="checkbox"/> Lichte zwakte in de beweging van de ledematen	1
<input type="checkbox"/> Is niet in staat ledematen spontaan te bewegen	0
Hemodynamische stabiliteit	
<input type="checkbox"/> Bloeddruk $< 15\%$ verschil (+ of -) van de pre-operatieve waarde	2
<input type="checkbox"/> Bloeddruk 15 à 30% verschil	1
<input type="checkbox"/> Bloeddruk $> 30\%$ verschil	0
Respiratoire stabiliteit	
<input type="checkbox"/> Kan diep ademhalen	2
<input type="checkbox"/> Snelle ademhaling met goede hoest	1
<input type="checkbox"/> Belemmerde ademhaling met slappe hoest	0
Zuurstofsaturatie	
<input type="checkbox"/> Luchtademhaling en saturatie $> 90\%$	2
<input type="checkbox"/> Heeft supplementaire zuurstof nodig	1
<input type="checkbox"/> Saturatie $< 90\%$ met zuurstof	0
Postoperatieve pijn	
<input type="checkbox"/> Geen of mild ongemak	2
<input type="checkbox"/> Middelmatige tot hevige pijn onder controle met IV analgetica	1
<input type="checkbox"/> Blijvende hevige pijn	0
Postoperatief braken en misselijkheid	
<input type="checkbox"/> Geen of milde nausea zonder braken	2
<input type="checkbox"/> Voorbijgaand braken of wurgen	1
<input type="checkbox"/> Aanhoudend matige tot hevige nausea en braken	0
TO-	/14
TAAL	

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 doorcrossen		Uitgevoerd = paraaf		Stoppen = //		
HYG	Aanbrengen van: DA uurs / TED -kousen	DA	TED					
MOBILITEIT	INSTALLEREN VAN DE PATIENT							
	BE geleiding (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 lstoel	BE	RO					
	AANWEZIGHEID TRACTIE IG ORTHOPEDISCHE REDEN (C400)	Gewicht tractie:						
	ZE lfstandig		ZE					
	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)		JA					
URINAIR	→ 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 : U itw. Z org / LE digen / BL aasspoeling / AF klemmen /	UZ	LE	BL	AF			
	Vervangen Collector / Controle Ballon / VerW ijden (B250)	VC	CB	VW				
	VS PL aatsen / verN ieuwen (B300)	PL	NI					
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZAK je vervangen (B240)	LE	PL	ZA				
FECAAL	ZE lfstandig		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 ZAK je 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				
	→ Controle Positie / DE cubituspreventie neus / Controle Afv loei / Controle Vacu üm	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)							
ADEMHALING	O₂therapie aantal liter O ₂	Zie parameterblad						
	→ Via: MA sker / NeusBril / LA rynxmasker / TR acheacanule / MAYO -canule / ET / AM bu	MA	NB	LA	TR	MAYO	ET	AM
ISOLATIE	BIJKOMENDE HYGIENISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)							
	Contact / C+ (MRSA) / Druppel / Aerogeen /	C	C+	D	A	...		
	HA ndschoenen / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,.... Bijkomende inf	HA	OV	MA	EE	RE		
ONDERST.	Naam medische handeling (Z200)	TE	CE					
	Informeren van de patiënt? ivm.: ME dicatie, verZ orging, ToeS tand, AP paratuur,.... (S100)	ME	ZO	TS	AP			
ONDERST.	Basisondersteuning patiënt (R110)							
	Toestand patiënt : AN gstig / ON rustig / beDR oefd / AG ressief / AnD ere	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)								
<input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (EC) <input type="checkbox"/> Trombocyten <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Immunoglobulines <input type="checkbox"/> Stollingsfactoren <input type="checkbox"/> Stamcellen								
BLOEDAFNAMES (noteer ook hoeveel bloedafnames) (N300 N400 N500)								
<input type="checkbox"/> capillair <input type="checkbox"/> veneus <input type="checkbox"/> arterieel <input type="checkbox"/> poortsysteem								

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be