

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 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, 17-23
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

Vragen?

Hebt u vragen of wenst u meer info? Neem contact met de preoperatief verpleegkundige:

- T 051 42 54 97
- preopname@sintandriestielt.be

Patiëntenmap 3 dagen vóór operatie/onderzoek binnenbrengen

Gelieve de ingevulde patiëntenmap **ten minste 3 werkdagen voor de ingreep** ter beschikking te stellen van het ziekenhuis (via brievenbus ingang ziekenhuis of per post). Indien we niet in het bezit zijn van die map, dan **kan de ingreep niet doorgaan**.

Het Sint-Andriesziekenhuis en de artsen kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor verwickelingen 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
- ◆ ASA-score

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 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 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 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

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

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

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

Allergie:

.....

Nuchter:

.....

- IC Chirurgie
- IC anesthesie/analgesie/sedatie
- IC transfusie

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

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 Endoscopie

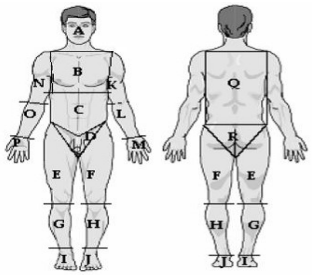
Versie Algemene verdoving/Sedatie

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	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Gegevens kloppen met identificatiebandje	Antibiotica profylaxe werd gegeven < 60 min vóór onderzoek <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	Uur: De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing
Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Heeft de patiënt onderzoek en eventueel ingreep bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk	Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen?	<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
Aanwezigheid van: <input type="checkbox"/> assessment internist <input type="checkbox"/> assessment anesthesist (bij anesthesie) <input type="checkbox"/> IC internist <input type="checkbox"/> IC anesthesie/analgesie/sedatie (zo relevant)	Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	> <u>VOOR DE ENDOSCOPIE</u> <input type="checkbox"/> mogelijke endoscopische problemen/niet routine procedure? <input type="checkbox"/> onderzoeksduur?	<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
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling:	Is de relevante medicatie nagevraagd en nagekeken? (bloedverduiners, insuline...) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	> <u>VOOR DE ANESTHESIST (bij anesthesie)</u> <input type="checkbox"/> patiëntspecifieke aandachtspunten	
Paraaf verpleegkundige beddenhuis/poli:	Zijn uitslagen van relevante onderzoeken (ECG, labo ...) aanwezig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	> <u>VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE</u> <input type="checkbox"/> opmerkingen over toestellen of Hulpmiddelen	
PATIENTEN ETIKET			
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	Werden monitor, anesthesietoestel (bij anesthesie) en medicatie gecontroleerd? <input type="checkbox"/> Ja	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.	
Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja	Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja		
Steriliteit instrumentarium werd bevestigd (indicatoren in orde?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	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	Aanwezigheid nodige apparatuur / implantaten werden gecontroleerd en bevestigd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing		
Paraaf verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:	Locatie:	
Paraaf internist:	Paraaf internist:	Procedure:	
Paraaf anesthesist (bij anesthesie):	Paraaf anesthesist (bij anesthesie):	Datum:	

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	
	<input type="checkbox"/> perifeer 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 wiek
	<input type="checkbox"/> jugularis katheter li / re	<input type="checkbox"/> abductiekussen	<input type="checkbox"/> anale wiek
	<input type="checkbox"/> epidurale katheter	<input type="checkbox"/> mastersling	<input type="checkbox"/> kompressen in wonde aantal:
	<input type="checkbox"/> poortstelsel 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

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be