



Algemene gegevens

Patiëntgegevens

- ♦ Naam
- ♦ Voornaam
- ♦ Geboortedatum
- ♦ Geslacht

Patiëntenklever

Opnamegegevens

- ♦ Ingreep
O Rechts O Links
- ♦ Operatiezijde
- ♦ Datum ingreep
- ♦ ASA-score

Patiëntenmap voor operatie of procedure onder anesthesie

Beste patiënt(e)

In deze patiëntenmap vindt u alle formulieren die voor uw operatie of procedure dienen te worden ingevuld. We willen er vriendelijk op wijzen dat, om de operatie te kunnen laten plaatsvinden, deze vervuldigd 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. 2, 6-7, 14-15
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 3-7,10-13
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 8-9

Ga voor de operatie steeds langs bij de huisarts met deze patiëntenmap. Vul hiervoor eerst de vragenlijst op p. 10-13.

Vragen?

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

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

BELANGRIJK: Patiëntenmap meebrengen

Gelieve deze ingevulde patiëntenmap mee te brengen de dag van operatie/onderzoek. 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 verwikkelingen volgend uit het gebruik van de richtlijnen in deze patiëntenmap.

Algemene informatie

Voor de ingreep

Algemeen

- Neem contact op met de sociale dienst als u nood hebt aan bijkomende thuiszorg of revalidatie na ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan op het telefoonnummer 051 42 52 41.
- 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, bijvoorbeeld op tijd stoppen van bloedverdunners.
-

Roken

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

Dag van 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 of flesvoeding ten laatste 6 uur voor de procedure of ingreep/operatie.

Hygiënische richtlijnen

- Neem de ochtend van 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.
- Antiflebitis-kousen als u hierover beschikt.
- Toiletartikelen, slaapkledij.
- Breng geen waardevolle voorwerpen mee.

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

Toestemming ingreep/medische procedure onder (lokale) verdoving

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

De arts heeft mij in begrijpelijke taal uitgelegd:

- welke ingreep/medische procedure noodzakelijk is;
- waarom de ingreep/medisch onderzoek nodig is;
- hoelang de ingreep/medisch onderzoek ongeveer zal duren;
- wat eventuele tegenaanwijzingen zijn;
- wat de mogelijke risico's en complicaties kunnen zijn;
- wat de mogelijke alternatieven zijn;
- welke pijnklachten kunnen optreden;
- wie de ingreep/medische procedure zal uitvoeren.

Ik beschik over alle informatie die ik nodig heb om in alle vrijheid te beslissen om de voorgestelde ingreep/behandeling/onderzoek te ondergaan. Ik kreeg een duidelijk antwoord op al mijn vragen.

Ik bevestig geïnformeerd te zijn over de financiële gevolgen van de ingreep. Voor bijkomende vragen over die financiële gevolgen kan ik mij wenden tot de kasdienst (kasdienst@sintandriestielt.be of 051 42 50 97).

Anesthesie

Ik weet dat de dienst Anesthesie, in samenspraak met de behandelende arts, instaat voor de opvolging van de pijnbehandeling.

Ik ga akkoord met de noodzakelijke anesthesietechniek (sedatie, algemene of regionale verdoving of een combinatie van deze drie). De keuze van de techniek wordt gemaakt in overleg met de chirurg, de anesthesist en de patiënt. Dit rekening houdend met de aard van de ingreep, de duur, de risicofactoren en de specifieke patiëntgebonden factoren.

Ik kreeg de mogelijkheid om bijkomende vragen te stellen en deze werden in duidelijke en verstaanbare taal beantwoord. Ik heb de informatiebrochure rond anesthesie aandachtig gelezen.

Ik weet dat ik bij met vragen over de anesthesie terecht bij de dienst anesthesie (contactinfo?) voor meer uitleg. De brochures anesthesie en sedatie kan ik ook online vinden op www.sintandriestielt.be.

Ik begrijp dat algemene verdoving en pijnstilling risico's met zich meebrengen. Ik begrijp ook dat de risico's groter kunnen zijn afhankelijk van mijn medische toestand.

Ik verklaar dan ook de zorgverstrekker op correcte wijze te hebben ingelicht over mijn reeds bestaande gezondheidstoestand en mijn medische voorgeschiedenis, met inbegrip van het gebruik van bepaalde medicatie. Ik ga akkoord met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Voor de ingreep/medische procedure

Ik heb de richtlijnen 'Voor de opname' (algemeen, medicatie, roken, nuchter zijn, hygiëne) nagelezen en begrepen. Ik besef dat er meer risico's zijn als ik de richtlijnen, vermeld in deze patiëntenmap, niet opvolg.

In het ziekenhuis

Ik weet dat de geregistreerde medische en verpleegkundige gegevens van mijn opname in het ziekenhuis op volledig geanonimiseerde wijze kunnen worden gebruikt voor medische studies en wetenschappelijke artikels.

Ik bevestig dat ik kennis heb genomen van de hierna volgende richtlijnen die betrekking hebben op de eerste 24 uren na de ingreep of het vertrek uit het ziekenhuis en ik besef dat het niet volgen van die richtlijnen gezondheidsrisico's met zich mee kan brengen. Indien ik de richtlijnen niet volg, doe ik dat op eigen risico. Het gaat om de volgende richtlijnen:

- het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding;
- geen auto, brom(fiets) of machines besturen;
- geen alcoholische dranken nuttigen;
- geen belangrijke beslissingen nemen, geen belangrijke documenten ondertekenen;
- aanwezigheid van persoon in huis tot 24u na ontslag.

Bloed en bloedproducten

Ik verklaar hierbij dat, indien nodig, bloedproducten aan mij toegediend mogen worden (*).

(*) Indien NIET akkoord, schrap deze zin en bevestig schriftelijk op onderstaande stippellijn dat er geen bloedproducten bij u mogen toegediend worden, gevolgd door uw handtekening.

Naam:

Reden:

Dit formulier wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier.

Opgemaakt te op/...../.....

Naam en handtekening patiënt
of wettelijk vertegenwoordiger

Naam en handtekening
Chirurg

Naam en handtekening
Anesthesist

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 patiënten-tevredenheid, 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

.....

.....

.....

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

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

Voor bijkomende informatie kunt u steeds terecht op
www.sintandriestielt.be/zorgverlener/huisartsen/patiëntenmappen

Vragenlijst voor het onderzoek of de behandeling

Leeftijd:	Lengte:	Gewicht:
Welk onderzoek of behandeling is gepland?		

Verdoving

Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof:	Ja/nee
Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:	Ja/nee

Hart- en vaataandoeningen

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
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
Is er sprake van pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning?	Ja/nee
Hebt u reeds flebitis gehad?	Ja/nee
Hebt u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp?	Ja/nee

Mond en longen

Bent u vlug kortademig bij inspanning?	Ja/nee
Bent u kort van adem in rust?	Ja/nee
Is er sprake van overmatig snurken?	Ja/nee
Is het slaapapneu syndroom (OSAS) geconstateerd?	Ja/nee
Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? 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

Maag, darmen, lever en nieren

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

Algemeen

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
Gebruikt u drugs, verdovende of stimulerende middelen?	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	

Bent u onlangs verkouden geweest? Hebt u onlangs (laatste maand) de griep gehad?.	Ja/nee
Gebruikt u cortisone of kreeg u de laatste 6 maanden een inspuiting met cortisone?	Ja/nee
Bent u in behandeling voor suikerziekte? Zo ja, type I of type II? (omcirkel wat juist is, indien niet gekend hoeft u niets aan te duiden)	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
Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u problemen met het bewegen van de nek?	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
Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?	Ja/nee

Vroegere ziekenhuisopnames

Werd u vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?/...../.....:...../...../.....:...../...../.....:.....	Ja/nee
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?/...../.....:...../...../.....:...../...../.....:.....	Ja/nee

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 (noteer in drukletters)	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 (T 051 42 51 11) .

Handtekening arts

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

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

Preoperatieve informatie verpleging

Allergie:

.....

Nuchter: JA/NEE

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

Eventuele opmerkingen en/of aanvullingen

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

Overige:

.....

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Mallampati:

Pulmonair:

Cardiovasculair:

Stempel anesthesist

Handtekening

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

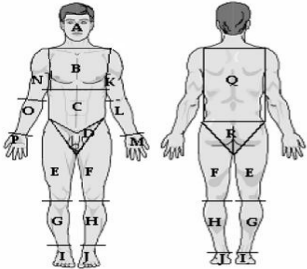
CATHETER:		CENTR. VEN. LIJN:		CAPNOMETRIE		MAAGSONDE		HOT LINE:			
ART. LIJN:				O ₂ - SATURATIE		BLAASSONDE SUPRA PUBISCHE SONDE		THERM.		B.H.	
ALGEMENE											
Masker nr.		Neus		Gel		PRE-INDUCTION ASSESSMENT		☐			
LM nr.		Oogzalf		Pack		uur:					
Tube: I.D.		mm		INTUBATIE		Gemakkelijk		B.L.V.			
Type		Oro naso		Moeilijk							
LOCO-REGIONALE											
Epidurale		Spinale		Sequentiële		Caudaal block Popliteaal block		Axillair block Interscaleen bl.		Ischiadicus block Femoraal block Polsblock	
LOC.AN.		CHIROCAïne									
		NAROPIN									
		SCANDI									
		XYLO									
		MARCAïne									
ANESTHETICA		ATROPINE									
		EPHEDRINE									
		DORMICUM									
		DIPRIVAN B									
		TCI									
		NIM/MIV/ESM									
		RAPIFEN									
		SUFENTA									
		ULTIVA CI									
		O ₂									
		N ₂ O									
		LUCHT									
		SEVO									
INFUUS		1									
		2									
		3									
BLOEDVERLIES											
URINEDEBIET											
ADEM- HA- LING		Spont.									
		Gecont.									
TIJD		1 5 3 0 4 5		1 5 3 0 4 5		1 5 3 0 4 5		1 5 3 0 4 5		1 5 3 0 4 5	
RR ^ v		220									
POLS *		200									
START AN X		180									
START OP O		160									
EIND AN ⊗		140									
		120									
		100									
		80									
INT ☐		60									
EXT ☒		40									
LIGGING											
O ₂ SAT											
pETCO ₂											
CVD											
TEMPERATUUR											
PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN											
Antibioticaprofylaxe: uur: initialen:											

[illegible]

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							
:45							

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

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

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

ONTSLAG	
Ontslagcriteria ('Fast Track'-criteria) om te bepalen wanneer pt. naar afdeling kan getransfereerd worden	
De score moet ≥ 12 op 14 met voor geen enkel punt een score <1 .	
Graad van bewustzijn	
☐ Wakker en georiënteerd	2
☐ Wekbaar door lichte stimulatie	1
☐ Reageert enkel op tactiele stimulatie	0
Fysische activiteit	
☐ Kan alle ledematen bewegen op bevel (MRC 5)	2
☐ Lichte zwakte in de beweging van de ledematen (MRC 3-4)	1
☐ Is niet in staat ledematen spontaan te bewegen (MRC 1-2)	0
Hemodynamische stabiliteit	
☐ Bloeddruk $< 15\%$ verschil (+ of -) van de pre-operatieve waarde	2
☐ Bloeddruk 15 à 30% verschil	1
☐ Bloeddruk $> 30\%$ verschil	0
Respiratoire stabiliteit	
☐ Kan diep ademen	2
☐ Snelle ademhaling met goede hoest	1
☐ Belemmerde ademhaling met slappe hoest	0
Zuurstofsaturatie	
☐ Luchtademhaling en saturatie $> 90\%$	2
☐ Heeft supplementaire zuurstof nodig	1
☐ Saturatie $<90\%$ met zuurstof	0
Postoperatieve pijn	
☐ Geen of mild ongemak	2
☐ Middelmatige tot hevige pijn onder controle met IV analgetica	1
☐ Blijvende hevige pijn	0
Postoperatief braken en misselijkheid	
☐ Geen of milde nausea zonder braken	2
☐ Voorbijgaand braken of wurgen	1
☐ Aanhoudend matige tot hevige nausea en braken	0
TOTAAL	/14

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

VERPLEEGPLANNING Plannen = omcirkelen Herplannen = oude planning doorkruisen Uitgevoerd = paraaf Stoppen = //					
HYG	Aanbrengen van: DA uurs / TED -kousen	DA	TED		
MOBILITEIT	INSTALLEREN VAN DE PATIENT				
	Begeleiding (arm aanbieden) (C120)		BE		
	Gedeelt. hulp: VPk. / GL ijdlaken	VP		GL	
	Volledige hulp: VPk. / 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		
	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : UR inaal / BE dpan / LU ier / ON derlegger (B220 - 230)	UR	BE	LU	ON
FECAAL	Opvolging mictie (kleur, geur, freq., volume)? (B210)		JA		
	Pt. heeft een VS of SPS : Uitw. Zorg / LE digen / BL aasspoeling / AF klemmen /	UZ	LE	BL	AF
	Vervangen Collector / Control e Ballon / VerW ijderen (B250)	VC		CB	VW
	VS PL aatsen / verN ieuwen (B300)	PL		NI	
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZA kje vervangen (B240)	LE	PL		ZA
	ZE lfstandig		ZE		
VOED	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)		JA		
	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : BE dpan / LU ier / ON derlegger (B420 - 430)	BE		LU	ON
	Opvolging defecatie (kleur, consist., freq.)? (B410)		JA		
	Plaatsen Rectale Sonde		RS		
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZA kje vervangen (B440)	LE	PL		ZA
	NUCHTER gedurende ganse periode op recovery (D130)		NUCHTER		
MS	Pt. krijgt TPN : (D400)		TPN		
	Pt. heeft MS / GastroStomie / JejunoStomie (G200)	MS	GS	JS	
	→ Control e Positie / DE cubituspreventie neus / Control e Af vloei / Control e Vacu üm	CP	DE	CA	CV
	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
	BIJKOMENDE HYGIENISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)				
	Contact / C+ (MRSA) / Druppel / Aerogeen /	C	C+	D	A
	HA ndschorten / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,...	HA	OV	MA	EE
	Bijkomende inf				
ISOLATIE	Naam medische handeling (Z200)	TE	CE		
	Informeren van de patiënt?		JA		
	ivm.: ME dicatie, verZ orging, ToeS tand, AP paratuur, ... (S100)	ME	ZO	TS	AP
	Basisondersteuning patiënt (R110)				
	Toestand patiënt : AN gstig / ON rustig / beDR oefd / AG ressief / AN dere	AN	ON	DR	AG
	Actie : GE sprek / LU isteren / TR oosten / ON dersteunen / HO op	GE	LU	TR	ON
CONTACT MET ANDERE INSTELLING (Z400) Naam instelling					
TOEDIENING BLOED EN BLOEDDERIVATEN (noteer ook aantal gegeven zakjes of eenheden) (N100)					
☐ Erythrocytenconcentraat (EC) ☐ Trombocyten ☐ Plasma					
☐ Immunoglobulines ☐ Stollingsfactoren ☐ Stamcellen					
BLOEDAFNAMES (noteer ook hoeveel bloedafnames) (N300 N400 N500)					
☐ capillair ☐ veneus ☐ arterieel ☐ poortsysteem					

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be