



Patiëntenmap

Operatie onder anesthesie
voor kinderen

Algemene gegevens

Patiëntgegevens

- ◆ Naam
- ◆ Voornaam
- ◆ Geboortedatum
- ◆ Geslacht

Patiëntenklever

Opnamegegevens

- ◆ Ingreep
.....
- ◆ Operatiezijde O Rechts O Links
- ◆ Datum ingreep
.....
- ◆ ASA-score
.....

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. 2, 4, 6-7, 12-13
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 6-10
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 11

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 verwickelingen 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.

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.

Dag van opname

Richtlijnen voor nuchter zijn

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
- 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

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 (noteer in drukletters)	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/...../.....

Evaluatie 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: 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 PUBISCHE SONDE	THERM.	B.H.

ALGEMENE

Masker nr.	Neus	Gel	PRE-INDUCTION ASSESSMENT <input type="checkbox"/>
LM nr.	Oogzalf	Pack	
Tube: I.D. mm	INTUBATIE	Gemakkelijk	B.L.V.
Type	Oro naso	Moeilijk	

LOCO-REGIONALE

LOC.AN.	Epidurale	Spinale	Sequentiële	Caudaal block		Axillair block	Ischiadicus block	Femoraal block	Plaats	Catheter	Resultaat	
				Popliteaal block	Interscaleen bl.	Polsblock						
LOC.AN.	CHIROCAÏNE											
	NAROPIN											
	SCANDI											
	XYLO											
	MARCAÏNE											
ANESTHETICA	ATROPINE											
	EPHEDRINE											
	DORMICUM											
	DIPRIVAN B											
	TCI											
	NIM/MIV/ESM											
	RAPIFEN											
	SUFENTA											
	ULTIVA CI											
	O ₂											
	N ₂ O											
	SEVO											
INFUUS	1											
	2											
	3											
BLOEDVERLIES												
URINEDEBIET												
ADEM-HALING	Spont.											
	Gecont.											
TIJD	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
RR ^	220											
POLS	200											
START AN X	180											
START OP O	160											
	140											
EIND AN ⊗	120											
	100											
	80											
INT □	60											
EXT ⊗	40											
LIGGING												
O ₂ SAT												
pETCO ₂												
CVD												
TEMPERATUUR												

PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN

Antibioticaprofylaxe: uur: initialen:

Specialist/chirurg

AANDACHTSPUNTEN PREOP

PATIËTENGEGEVENS

NUCHTER vanaf **uur**

ALLERGIE

Nee Ja (zie intakedossier)

PONV (POSTOPERATIEF NAUSEA EN MISSELIJKHEID)

Nee Ja

INGREEP

Ingreep: Chirurg: Dr.

Operatieverslag: Bijgevoegd zie MDO

PEROPERATIEF

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

ANESTHESIE:
ALGEMENE ETT – LM/CAUDAAL BLOCK

SAMENVATTING (MEDICATIE + UUR TOEDIENING)

PIJNBELEID (recovery en postoperatief op verblijfsafdeling)

PIJNBELEID ZONDER STAAND ORDER

Intramusculair

Dipidolormg /24u

Intraveneus (enkel recovery of IZ)

Dipidolormg /24u

Intraveneus

Contramalmg + Liticanemg/24u

Paracetamolmg /24u

Taradylmg /24u

Diclofenacmg /24u

..... /24u

Oraal

Dafalganmg/24u

Nurofen siroop/24u

Rectaal

Suppo Perdolan/24u

100 mg - 200 mg - 350 mg - 500 mg

Ijstherapie

Inhalatietherapie

Pulmicort/24u

ZORGPLAN POSTOPERATIEF (verblijfsafdelingen): medicamenteus

ZORGPAD JA NEE

INFUUSTHERAPIE:

Plasmalyte L /24u

Glucion L /24u

Rest peroperatieve vloeistof tot uit en daarna stop

..... L /24u

IV MEDICATIE

Pantomed® 40mg 1x 1flac /24u

.....

.....

.....

SC MEDICATIE

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

Volgens protocol chirurg

ANTIBIOTICA:

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

Cefazoline® x2g duur:.....

Amukin® x1g duur:.....

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

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

.....

INHALATIETHERAPIE

Duovent® 4x ½ flacon / 24u

.....

SPECIFIEKE OPVOLGING:

Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1

Controle bloedverlies

Controle zwelling

ZORGPLAN POSTOPERATIEF: specifieke zorgen

Voeding: Nuchter blijven totu

NPO

Aangepaste voeding:

Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1

Zuurstoftherapie:LO₂/min

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

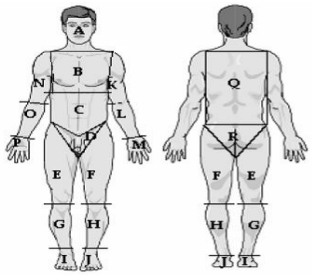
OPNAME op Intensieve Zorgen: JA NEE (cf. opnamecriteria)

GEPLANDE ONDERZOEKEN: Paraaf arts

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

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

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

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

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"/> wonddrain 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 met / zonder brug (omcirkel wat van toepassing is)	
Wondzorg: <input type="checkbox"/> DAV resorbeerbare draad <input type="checkbox"/> 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	
<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 ademen	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 door kruisen		Uitgevoerd = paraaf		Stoppen = //			
HYG	Aanbrengen van: DA uurs / TED -kousen	DA	TED				
MOBILITEIT	INSTALLEREN VAN DE PATIENT						
	BEgeleiding (arm aanbieden) (C120)		BE				
	Gedeelt. hulp: VP k. / GL ijdslaken	VP		GL			
	Volledige hulp: VP k. / GL ijdslaken / TR ansferbord	VP	GL		TR		
	VERPLAATSEN BINNEN DE AFDELING OF KAMER (C200)						
MOBILITEIT	Begeleiding AR m aanbieden		AR				
	Volledige hulp: BE d / RO lstoel	BE		RO			
	AANWEZIGHEID TRACTIE IG ORTHOPEDISCHE REDEN (C400)	Gewicht tractie:					
URINAIR	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		
	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 / 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	O₂ therapie 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
ISOLATIE	BIJKOMENDE HYGIENISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)						
	Contact / C+ (MRSA) / Druppel / Aerogeen /	C	C+	D	A	...	
	HA nd schoenen / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,.... Bijkomende inf	HA	OV	MA	EE	RE	
AS	Naam medische handeling (Z200)	TE		CE			
	ONDERST.						
ONDERST.	Informereren 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 / 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							

Notities

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be