

Patiëntenmap

Operatie onder anesthesie



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 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, 23-27
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 3, 5-16
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 17-22

Ga voor de operatie steeds langs bij de huisarts met dit boekje.

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

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: M V

Opnamegegevens

- ◆ Indicatie
- ◆ Ingreep
- ◆ Operatiezijde Rechts Links
- ◆ Datum ingreep
- ◆ Datum + uur opname
- ◆ Specialist

Voor de opname

Algemeen

- ◆ Vul het toestemmingsdocument in voor chirurgie en anesthesie
- ◆ Vul de preoperatieve vragenlijst correct in. U kan dit ook samen met uw huisarts doen.
- ◆ Contacteer uw huisarts, minstens 3 dagen voor de ingreep.
- ◆ Eventueel moeten er nog voor de ingreep bijkomende onderzoeken gebeuren (bloedafname, bezoek specialist ...).
- ◆ Vraag vooraf uw kamer aan bij het onthaal van het ziekenhuis. Dit kan op het telefoonnummer 051 42 51 11.
- ◆ 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, bijv. op tijd stoppen van bloedverdunners.

Roken

Indien u rookt, mag u zeker de dag van de operatie 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 of ingreep/operatie
- ◆ Drank en lichte maaltijd ten laatste 6 uur voor de procedure of ingreep/operatie

KINDEREN

- ◆ Heldere vloeistof* ten laatste 2 uur voor de procedure of ingreep/operatie
- ◆ Borstvoeding ten laatste 4 uur voor de procedure of ingreep/operatie
- ◆ Vaste voeding en flesvoeding ten laatste 6 uur voor de procedure of ingreep/operatie

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

Bijkomende richtlijnen:

.....

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, slaapkledij.
- ◆ 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 resultaatverbintenis). 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 verwickelingen kunnen optreden bij zowel sedatie, als anesthesie als pijnstilling. Deze verwickelingen 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 verwickelingen (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 verwickelingen 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
Bent u vlug kortademig bij inspanning?	Ja/nee
Bent u kort van adem in rust?	Ja/nee

<p>Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja, omschrijf:</p>	Ja/nee
<p>Is er sprake van pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning?</p>	Ja/nee
<p>Hebt u reeds flebitis gehad?</p>	Ja/nee
<p>Hebt u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?</p>	Ja/nee
<p>Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend? Zo ja, waren er problemen?</p>	Ja/nee
<p>Hebt u nierproblemen of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf: </p>	Ja/nee
<p>Hebt u leverproblemen (bijv. hepatitis) of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:</p>	Ja/nee
<p>Hebt u ooit een maagzweer gehad?</p>	Ja/nee
<p>Hebt u last van gastro-intestinale reflux (zuurbranden, frequent braken)?</p>	Ja/nee
<p>Bent u in behandeling voor suikerziekte?</p>	Ja/nee
<p>Bent u onlangs verkouden geweest? Hebt u onlangs (laatste maand) de griep gehad?.</p>	Ja/nee
<p>Gebruikt u cortisone of kreeg u de laatste 6 maanden een inspuiting met cortisone?</p>	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
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
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

handtekening arts

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

Medicament	Dosis	Aantal per dag

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

Cardiaal:

.....
.....

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

Respiratoir:

.....
.....

Auscultatie:

.....
.....

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)

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

LAB (vul in of voeg protocol bij):

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

.....

Stempel huisarts

Handtekening

Datum

Stempel specialist

Handtekening

Datum

Preoperatief medicatiebeleid: welke medicatie stoppen?

Regel: Gelieve de meeste chronische thuismedicatie verder te geven en dus ook op de ochtend of dag van de ingreep zelf.

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

NAAM MEDICATIE	LAATSTE INNAME
ANTIDIABETICA Metformine andere orale antidiabetica langwerkende insulinen (Lantus®...) 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
ACE-I en ARB Angiotensine Converting Enzyme Inhibitoren en Angiotensine Receptor Blockers	avond voordien (dag zelf: enkel na overleg)
DIURETICA	avond voordien (dag zelf: enkel na overleg)
ANTIPSYCHOTICA, NEUROLEPTICA, SSRI's, SNRI's, TCA, LITHIUM	avond voordien (dag zelf: enkel na overleg)
MAO – INHIBITOREN Fenelzine (Nardelzine®) Moclobemide (Aurorix®) Selegiline (Eldepryl®)	> 14 d avond voordien halve dosis ochtend zelf
VOEDINGSSUPPLEMENTEN Sint-Janskruid Ginkgo Biloba	>7 d >7 d

PERIOPERATIEVE OVERBRUGGINGSTHERAPIE – SINT-ANDRIES TIELT

Antistolling – VKA (1)

	<p>Hoog bloedingsrisico (2)</p> <p>HOOG</p> <p>Trombo-embolisch risico</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitralisklusklep VKF (CHA₂DS₂-VASc ≥ 2) DVT/longembolus < 3 maanden Arteriële embolus Ermstige trombofilie 	<p>Hoog bloedingsrisico (2)</p> <p>MATIG en LAAG</p> <p>Trombo-embolisch risico</p> <ul style="list-style-type: none"> Biliasfiet, aortaklusklep (SJ) VKF (CHA₂DS₂-VASc < 2) DVT/longembolus > 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 -8 Sintrom®: stop 3 dagen vóór de ingreep = dag -4 	
Pre-op LMWH	LMWH starten 2 dagen na stop VKA	
Dosis LMWH	<p>Therapeutische dosis</p> <p>(bvb Clexane®: 1 mg/kg 2x/d of 2^{de} keus: 1,5 mg/kg 1x/d)</p> <p>Intermediaire dosis</p> <p>(bvb Clexane®: 1 mg/kg 1x/d)</p>	
Laatste pre-op dosis LMWH	≥24u voor de ingreep	
Post-op herstarten LMWH	<p>Controle INR ≥ 1 dag vóór de ingreep.</p> <p>Indien INR > 2 dan ≥ 2 mg Konakion® per os toedienen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vanaf 8u na de ingreep mag profylactische dosis LMWH herstart worden (bvb Clexane® 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 oplaaddosis). Post-op LMWH verder tot 2 x INR > 2. 	

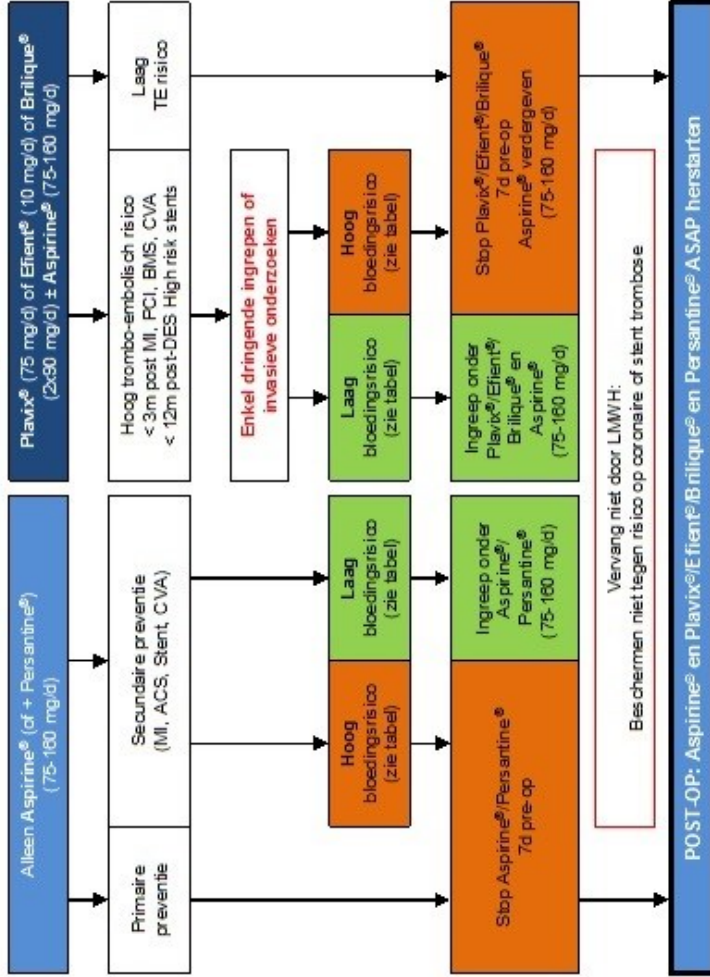
Dosis LMWH na vereren bij ernstige nierinsufficiëntie (CrCl < 30 ml/min)

(1) NOAC: oft. apart informatieblad.

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

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

Anti-aggregatie



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

BLOEDINGSRISICO VAN DE INGREEP OF INVASIEVE PROCEDURE

Richtgevendende lijst: steeds overleg met chirurg/operateur wim risico

Hoog bloedingsrisico

- Cardiale hekkunde
- Intracraniale of spinale hekkunde
- Aorta-hekkunde
- Perifeer vasculaire hekkunde (lgv VKA)
- Heup- en knieprothese/ruigingreep/rotatiechirurgie
- Reconstructieve plastische hekkunde
- Majeure oncologische hekkunde
- Prostaat- en blaaschirurgie, prostaat- of nierbiopsie
- Pacemakerimplantatie/Coronangiografie (lgv VKA)
- Abdominale en gynaecologische ingreep
- ORL-chirurgie (uitz. endo. larynxchirurgie + trommevliesbuisjes)
- Dilatatie endoscopisch ERCP met sfincterotomie
- Plaatsen PEG sonde/echo endoscopie met FNA
- Endoscopische hemostase en varices R)
- Resectie van colonpoliepen
- Tumorablatie
- Cystogastrotomie
- Epidurale anesthesie/epidurale infiltratie
- Posteleaire oogingreep, vitrectomie, strabisme, traanwegingreep
- Botbodemimpunctie (lgv VKA)
- Vacuumbolsie borst
- Long- en abdominale biopsie/drainage

Laag bloedingsrisico

- Mineure tandheelkundige procedures: vullingen, tandsteen verwijderen, tot 2 tandextracties (ev. Extractie mondspoeling)
- Mineure dermatologische procedures
- Orthologische procedures: cataracthekkunde
- Diagnostische bronchoscopie zonder biopsie name in aorta/arteriële
- Pacemakerimplantatie/Coronangiografie (lgv antiaggregantia)
- Perifeer vasculaire hekkunde (lgv antiaggregantia)
- ORL: trommevliesbuisjes, endoscopische larynxchirurgie
- Diagnostische gastroscopie (+/- biopsie)
- Sigmoidoscopie (+/- biopsie)
- Diagnostische colonoscopie
- ERCP zonder sfincterotomie
- Echo endoscopie zonder FNA
- Endoscopische stent zonder dilatatie (bilair, enteraal)
- Capsule endoscopie/enteroscopie
- Amnioscopie, en andere perifere orthopedische ingrepen (VKA starten tot < 2.0)
- Punctiecytologie en conebiopsie borst
- Peritriculair infiltratie/amnio CT en infiltraties gewrichten

Electieve ingrepen bij patiënten onder NOAC

			Laag bloedingsrisico	Hoog bloedingsrisico
STOP NOAC	Pradaxa®	GFR > 80 ml/ GFR 50 - 80 ml/ GFR 30 - 50 ml/	≥ 24 uur vooraf ≥ 36uur vooraf ≥ 48 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 72 uur vooraf ≥ 96 uur vooraf
	Xarelto®	GFR > 30 ml/ GFR 15 - 30 ml/	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	Eliquis®	GFR > 30 ml/ GFR 15 - 30 ml/	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	Lixiana®	GFR > 30 ml/ GFR 15 - 30 ml/	≥ 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 hemo- stase niet OK.	> 8u: profylactisch LMWH ≥ 24u: intermediair LMWH the- rapeuttisch LMWH ≥ 48u: NOAC als hemostase > 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

Huisarts

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 nierinsufficiëntie 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		

KLINISCHE EVALUATIE

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

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

LABO

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

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

ECG

op klinische indicatie
bij alle patiënten ³ 65 jaar

RX THORAX

op klinische indicatie

ANDERE

longfunctie, echocardio op klinische indicatie

Preoperatieve informatie verpleging

.....

.....

.....

.....

.....

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Nuchter:

Allergie:

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:

		Patiëntengegevens	
CODE OMTRENT BEPERKING VAN THERAPIE			
Goedgekeurd in het Lokale Commissie voor Ethiek op 29/04/2011 Goedgekeurd in de medische raad op 9/05/2011			
FORMULIER BEWAREN IN MEDISCH DOSSIER EN IN VERPLEEGDOSSIER			
Motivering door de verantwoordelijke arts:			
Datum, uur, naam, stempel en handtekening van de verantwoordelijke arts:			
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"/>			
<input type="checkbox"/> CODE 0 GEEN THERAPIEBEPERKING			
<input type="checkbox"/> CODE 1 NIET REANIMEREN			
<input type="checkbox"/> In geval van circulatiestilstand geen thoraxmassage, geen defibrillatie, noch medicatie			
<input type="checkbox"/> In geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing			
<input type="checkbox"/> In geval van respiratoir falen wel intubatie maar geen kunstmatige beademing			
<input type="checkbox"/> CODE 2 THERAPIE NIET UITBREIDEN (includeert CODE 1)			
Niet starten met:			
<input type="checkbox"/> Anti-arritmica	<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"/> CODE 3 THERAPIE AFBOUWEN (includeert CODE 1 & 2)			
Stop volgende behandeling(en):			
<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"/>			
De waardigheid en het comfort van de patiënt blijven de hoogste prioriteit!			
MOGELIJKHEID TOT HERROEPING			
Annuleer onmiddellijk bovenstaande richtlijn(en):		Naam, stempel en handtekening van de verantwoordelijke arts:	
<ul style="list-style-type: none"> • Trek meteen een streep door het formulier. • Het doorstreepte formulier blijft deel uitmaken van het dossier. • Motiveer beslissing tot annulatie in het medisch dossier. 			
Vul een nieuw formulier in ook bij code 0.		Datum en uur:	

Checklist Veilige Heelkunde

Versie Algemene verdoving/Sedatie

Operatiezaal: Procedure: Datum:

VOOR VERTREK NAAR HET OK	VOOR DE INDUCTIE	VOOR DE HUIDINCISIE	VOORALEER PATIENT OK VERLAAT
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 Aanwezigheid van: <input type="checkbox"/> assessment chirurg <input type="checkbox"/> assessment anesthesist <input type="checkbox"/> IC chirurgie <input type="checkbox"/> IC anesthesie/analgesie/sedatie <input type="checkbox"/> IC transfusie	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 operatieplaats en ingreep bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Huidmarkering <input type="checkbox"/> Beeldmateriaal <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Is het relevante beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Werdt monitor, anesthesietoestelen en medicatie gecontroleerd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Aanwezigheid nodige apparatuur/implantaten werd gecontroleerd en bevestigd	Antibiotica profylaxe werd gegeven < 60 min vóór incisie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen? > VOORDE CHIRURG <input type="checkbox"/> mogelijke chirurgische problemen/niet routine procedure? <input type="checkbox"/> operatieduur? <input type="checkbox"/> te verwachten bloedverlies > VOORDE ANESTHESIST <input type="checkbox"/> patiëntspecifieke aandachtspunten? > VOORDE VERPLEEGKUNDIGE <input type="checkbox"/> steriliteit instrumentarium bevestigd (indicatoren in orde?) <input type="checkbox"/> opmerkingen over toestellen of hulpmiddelen	De verpleegkundige bevestigt mondeling met het team: <input type="checkbox"/> naam van de uiteindelijk uitgevoerde procedure <input type="checkbox"/> dat het tellen van de compressen werd uitgevoerd en klopt <input type="checkbox"/> of er zich problemen stelden met materiaal of uitrusting die moeten worden nagekeken. 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"/> Sleuteltopics bij ontwaken en postop behandeling overlopen en gedocumenteerd <input checked="" type="checkbox"/> Beleid thromboprofylaxis <input checked="" type="checkbox"/> Redons en drains <input checked="" type="checkbox"/> Postoperatief AB beleid <input checked="" type="checkbox"/> Pijnbeleid
Paraaf verantwoordelijk vpk afdeling: Paraaf verpleegkundige beddenhuis:	Werdt de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja Bestaat er een risico op onderkoeling (ingreep > 1,5 uur)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Indien ja: actieve verwarming werd voorzien</i> Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Is de kans groot op bloedverlies > 500ml (7ml/kg bij kinderen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Indien ja: voldoende IV-toegangen en perfusie/loestoffen voorzien</i> Is er een verhoogd risico op aspiratie of moeilijke intubatie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Indien ja: aangepast materiaal beschikbaar</i>	Werdt de patiënt correct gepositioneerd? <input type="checkbox"/> Ja T I M E O U T <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 ingreep wordt benoemd en bevestigd. <input type="checkbox"/> Zijde ingreep wordt benoemd en bevestigd.	WEGING INSTRUMENTEN VOOR AFLEVERING AAN STERILISATIE <input type="checkbox"/> verpleegkundige bevestigt dat instrumentsets werden gewogen <input type="checkbox"/> verpleegkundige bevestigt dat gewicht NA ingreep overeenstemt met gewicht VOOR ingreep <input type="checkbox"/> verpleegkundige bevestigt dat procedure in geval van afwijkend gewicht werd opgestart.
PATIENTEN ETIKET		PARAAF OMLOOP VPK PARAAF ANESTHESIST	PARAAF CHIRURG

CATHETER:		CENTR. VEN. LIJN:	CAPNOMETRIE	MAAGSONDE	HOT LINE:	
ART. LIJN:			O ₂ - SATURATIE	BLAASSONDE	PUBISCHE SONDE	THERM.
				SUPRA		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						
Epidurale		Spinale	Sequentiële	Caudaal block Popliteaal block	Axillair block Interscaleen bl.	Ischiadicus 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		15	30	45	15	30
		45			15	30
					45	
					15	30
					45	
					15	30
					45	
RR ^	220					
RR v						
POLS	200					
START	180					
AN X	160					
START	140					
OP O	120					
EIND	100					
AN ⊗	80					
	60					
INT □	40					
EXT ☒						
LIGGING						
O ₂ SAT						
pETCO ₂						
CVD						
TEMPERATUUR						
PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN						

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: specifieke zorgen

<input type="checkbox"/> Voeding: <input type="radio"/> Nuchter blijven totu <input type="radio"/> NPO <input type="radio"/> Aangepaste voeding: <input type="checkbox"/> Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1 <input type="checkbox"/> Zuurstoftherapie:LO ₂ /min	<input type="checkbox"/> MONITORING op de verblijfsafdeling: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE (cf. opnamecriteria) <input type="checkbox"/> OPNAME op Intensieve Zorgen: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE (cf. opnamecriteria) <input type="checkbox"/> GEPLANDE ONDERZOEKEN: Paraaf arts
---	---

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"/> 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	

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 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 ijdlaken	VP		GL			
	Volledige hulp: VP k. / GL ijdlaken / 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 / Vervangen Collector / Controle Ballon / VerWijden (B250)	UZ	LE	BL	AF		
	VS PL aatsen / ver N 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 / Gastro Stomie / Jejun Stomie (G200)	MS	GS	JS			
	→ Controle Positie / DE cubituspreventie neus / Controle AF vloei / 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 / NE usBril / 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 ndschoenen / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,.... Bijkomende inf	HA	OV	MA	EE	RE	
Z	Naam medische handeling (Z200)		TE		CE		
ONDERST.	Informer van de patiënt?		JA				
	ivm.: ME dicatie, ver ZO rging, Toe S tand, AP paratuur,.... (S100)	ME	ZO	TS	AP		
	Basisondersteuning patiënt (R110)						
	Toestand patiënt: AN gstig / ON rustig / be DR oefd / AG ressief / AN Dere	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"/>	Vol Bloed	<input type="checkbox"/>	Erythrocytenconcentraat (EC)	<input type="checkbox"/>	Trombocyten	<input type="checkbox"/>	Leukocyten
<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