



# **Patiëntenboekje** voor kinderen voor operatie of procedure onder anesthesie

PATIENTENKLEVER

Dit preoperatief patiëntenboekje kwam tot stand in samenwerking met de volgende huisartsenverenigingen:



#### PATIËNTGEGEVENS:

Naam:.....  
Voornaam:.....  
Geboortedatum:...../..... /.....  
Geslacht:  M  V  
Telefoon ouders:.....  
Contactpersoon:..... telefoon:.....  
Huisarts/kinderarts: dr.....

## INHOUD

Info door de behandelend arts	Pag. 4
Toestemmingsformulieren	Pag. 5 en 6
Vragenlijst	Pag. 7 en 8
Medicatielijst	Pag. 9
Klinisch onderzoek door de huisarts of kinderarts	Pag. 9
Medicatiebeleid	Pag. 10
Checklist voor de verpleegafdeling bij opname	Pag. 11

Beste ouder, voogd

In dit patiëntenboekje vindt u alle informatie en formulieren die voor de operatie of procedure van uw kind onder anesthesie moeten ingevuld worden. Om de opname vlot te laten verlopen, moet dit gebeuren vóór uw opname.

Gelieve de vragenlijst en medicatielijst op pagina 7, 8, 9 in te vullen.  
Breng bij opname het patiëntenboekje van uw kind mee en geef dit af aan de verpleegkundige van de afdeling.

Indien uw kind momenteel ziek is of verkouden, of lijdt aan een bepaalde aandoening, gelieve eerst contact op te nemen met uw huisarts of behandelend kinderarts.

Voor verdere informatie of vragen, of indien u op voorhand een raadpleging wenst bij een anesthesist, kunt u contact opnemen met het secretariaat anesthesie of dienst kindergeneeskunde van de campus waar de operatie of het onderzoek van uw kind gebeurt.



## Dienst kindergeneeskunde

### Campus Brugsesteenweg

Brugsesteenweg 90  
8800 Roeselare  
Kinderafdeling

t 051 23 62 31  
Kinderdagziekenhuis  
t 051 23 63 38

### Campus Menen

Oude Leielaan 6  
8930 Menen  
Kinderafdeling

t 056 52 24 90  
Dagziekenhuis  
t 056 52 24 50

### Campus Rembert Torhout

Sint-Rembertlaan 21  
8820 Torhout  
Kinderafdeling

t 050 23 23 41

## Dienst anesthesie

### Campus Roeselare / Menen

Secretariaat telefoon : 051 23 70 39  
voorbereiding opname  
E-mailadres : [secretariaat.anesthesie@azdelta.be](mailto:secretariaat.anesthesie@azdelta.be)

### Campus Rembert Torhout

Dienst voorbereiding opname  
telefoon : 050 23 27 46

PATIENTENKLEVER


Contactpersoon : .....

.....

Telefoonnr. : .....

**CAMPUS :** Wilgenstraat Brugsesteenweg Menen Torhout  
**TYPE INGREEP :** Hospitalisatie Dagziekenhuis Post-op opname IZ  
**VERMOEDELIJKE VERBLIJFSDUUR :** ..... dagen

DATUM OPNAME : .....	UUR : .....	DATUM OPERATIE : .....
REDE VAN OPNAME :	ELECTIEF	(SEMI) DRINGEND
.....		

 <b>Re</b> <b>Li</b>	<b>Operatiezijde :</b>
	Rechts              Links              NVT
	<b>Voorstel anesthesie :</b>
	Lokale              Plexus              Epidurale / Rachi              Sedatie              Algemene
	<b>Bloedgroep :</b>
	Bloedgroepbepaling en indirecte Coombs (in AZ Delta)
<b>BEKENDE ALLERGIE:</b> .....	

Medicatie beleid: medicatie preoperatief te stoppen?

.....

Advies kinderarts:

.....

**MEE TE GEVEN FOLDER:**

- De brochure "Anesthesie bij kinderen: informatiebrochure voor ouders en kinderen"
- Patiëntinformatiefolder over de ingreep of onderzoek onder anesthesie (indien beschikbaar)

**VEREISTE TOESTEMMING DOOR DE OUDER OP BASIS VAN INFORMATIE OVER DE OPERATIE/BEHANDELING/ONDERZOEK**

Dr. .... heeft mij op ...../...../ 20..... ingelicht over

volgende operatie/behandeling/onderzoek.....

op ...../...../ 20..... op campus: Wilgenstraat / Brugsesteenweg / Menen / Torhout

De arts heeft me meer uitleg gegeven over:

- de gezondheidstoestand en de diagnose en welke operatie/behandeling/onderzoek er zal gebeuren;
- de reden, tijdsduur, urgentie, aard, het doel en de frequentie van de operatie/behandeling/onderzoek;
- de slaagkansen;
- de voor- en nadelen, mogelijke verwickelingen en neveneffecten tijdens de ingreep en/of herstelperiode;
- de te nemen voorzorgen o.a. noodzakelijke onderzoeken voor en na de operatie/behandeling/onderzoek;
- de mogelijke alternatieven en de kansen op herstel met en zonder de ingreep;
- de kostprijs en het persoonlijk aandeel als ouder.

Ik kreeg een duidelijk antwoord op al mijn vragen en beschik over alle informatie die ik nodig heb om in alle vrijheid te beslissen om de operatie/behandeling/onderzoek van mijn kind te laten ondergaan. Ik kreeg ook (indien beschikbaar) een infobrochure hierover met het nummer.....(zie achterflap, rechter benedenhoek, 0520 .... ).

Ik weet dat ik ook bijkomende informatie kan terugvinden op de website [www.azdelta.be](http://www.azdelta.be) of de kinderwebsite.

Ik weet dat ik met mijn vragen altijd terecht kan bij de arts en voor vragen over de factuur bij de financiële dienst ([factuur@azdelta.be](mailto:factuur@azdelta.be) of 051 23 70 54 ).

Ik zal me strikt aan de aanwijzingen van mijn arts houden om de operatie/behandeling/onderzoek en het herstel zo gunstig mogelijk te laten verlopen. Ik weet dat de artsen en het verpleegkundig team ondanks de grootste voorzorgen geen absolute garantie op succes kunnen bieden.

Ik ga ermee akkoord dat de arts bijkomende medische handelingen - i.v.m. de oorspronkelijke behandelingsredenen - kan uitvoeren die nodig zijn voor het herstel of behoud van de gezondheidstoestand van mijn kind.

Ik bevestig mijn toestemming aan de arts die hier ondertekent om de operatie/behandeling/onderzoek uit te voeren samen met een andere arts of assistent in opleiding. In uitzonderlijke omstandigheden mag de arts die ik heb gekozen zich laten vervangen door een collega. Ik ga akkoord dat er soms externen aanwezig zijn tijdens de procedure (vb. vertegenwoordigers van prothesemateriaal, noodzakelijk voor de procedure, kinesisten, dr. stagiairs, stagiairs verpleegkunde, ...).

Ten allen tijde kan ik mijn mening herzien en afzien van deze ingreep. Ik contacteer hiervoor de arts die mijn kind behandelt.

Ik geef de toestemming om anonieme fotografische gegevens vast te leggen en deze eventueel te gebruiken voor onderwijsdoeleinden en/of wetenschappelijke publicaties.

Opgemaakt te Menen/ Roeselare/ Torhout

op ...../...../20.....

**Ouder of wettelijke vertegenwoordiger**

Voornaam en naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd'

**Behandelende arts**

Handtekening en stempel

**TOESTEMMING VOOR DE ANESTHESIE (VERDOVING) EN DE ANALGESIE (PIJNSTILLING) EN BLOEDTRANSFUSIE**

Ik weet dat er een algemene verdoving (anesthesie) en/of locoregionale verdoving en pijnstilling aangewezen is bij de geplande operatie of procedure. Ik geef hiervoor toestemming aan een erkende anesthesist die dit document mee ondertekent.

Ik heb de brochure “Anesthesie bij kinderen: informatiebrochure voor ouders en kinderen” aandachtig gelezen. Bij eventuele vragen kan ik terecht bij de dienst anesthesie voor consultatie en verdere uitleg.

Ik begrijp dat algemene verdoving en de pijnstilling risico's met zich meebrengen. Ik besef dat de risico's groter kunnen zijn als ik de richtlijnen, vermeld in de brochure, niet opvolg. De risico's kunnen ook groter zijn afhankelijk van mijn medische toestand.

Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname van mijn kind in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Mijn kind zal nuchter zijn voor de operatie. (Richtlijnen na te lezen in informatiefolder Anesthesie bij kinderen)

De ochtend van de operatie of procedure zal mijn kind zijn medicatie innemen met wat water tenzij anders voorgeschreven door de behandelende arts.

Mijn kind zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding. De eerste 24 uur na de ingreep zal mijn kind niet fietsen.

Er zal thuis iemand aanwezig zijn de eerste 24 uur na de operatie.

Ik weet dat de anesthesist de uitkomst van de anesthesie en/of pijnstilling niet kan garanderen. Ik begrijp en weet dat het type van anesthesie en/of pijnstilling gewijzigd kan worden zonder mijn medeweten als dit nodig blijkt te zijn.

Ik verklaar hierbij dat, indien nodig, aan mijn kind bloedproducten toegediend mogen worden. (indien niet akkoord, schrap deze zin en bevestig schriftelijk op onderstaande stippellijn dat er geen bloedproducten bij mijn kind mogen toegediend worden, gevolgd door uw handtekening + attest)

Naam: .....

Reden: .....

Opgemaakt te Menen / Roeselare / Torhout

op ...../...../20.....

**Ouder of wettelijke vertegenwoordiger**

Voornaam en naam + handtekening + ‘Gelezen en goedgekeurd’

**Behandelende arts**

Handtekening en stempel

<b>LEEFTIJD:</b>	<b>LENGTE:</b>	<b>GEWICHT:</b>
<b>ALLERGIE:</b> Ja / Nee / weet ik niet  Zo ja: aan welk product? vb latex, medicatie (bv. antibiotica), banaan of kiwi, jodium (ontsmettingsmiddel of contrastvloeistof) .....  Welke reactie deed zich voor? Bv.: hevig braken, huiduitslag, dikke lippen, ademhalingsproblemen, shock? .....  Nota: antibioticagebruik enkel diarree of schimmelinfectie is een nevenwerking, geen allergie.		
<b>IS UW KIND RECENT GEVACCINEERD VOOR BOF, MAZELEN OF RODE HOND?                  ZO JA, INDIEN MOGELIJK MINSTENS 14 DAGEN WACHTEN VOOR DE GEPLANDE INGREEP.</b>		

Onderging uw kind reeds vroeger een operatie onder volledige of gedeeltelijke verdoving? Zo ja, in welk jaar of op welke leeftijd, en welke ingreep of behandeling?  ..... ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
--	-----------------

Is bij uw kind ooit een bepaald syndroom of aandoening vastgesteld?  <b>Hart:</b> ..... <b>Bloeddruk:</b> ..... <b>Luchtwegen of longen:</b> ..... <b>Maag of darmen:</b> ..... <b>Pancreas/suikerziekte:</b> ..... <b>Beenderstelsel:</b> ..... <b>Hersenen / zenuwstelsel:</b> ..... <b>Nieren:</b> ..... <b>Lever:</b> ..... <b>Huid:</b> ..... <b>Spiere:</b> ..... <b>Bloed of stollingsziekte:</b> ..... <b>Andere:</b> .....	<b>Ja / Nee</b>
---	-----------------

Hebben er zich voor, tijdens of na een vorige volledige verdoving ooit problemen voorgedaan bij uw kind? Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof.  ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
--	-----------------

Hebben zich, voor zover bekend, bij iemand van de familie ooit problemen voorgedaan tijdens of na een volledige verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:  ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
---	-----------------

Indien uw kind jonger is dan 8 maanden: was het kind prematuur bij de geboorte? Zo ja, wat was de zwangerschapsduur (in weken) ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Zijn er in de familie kindjes overleden aan wiegendood? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Vertoont uw kind gemakkelijk bloedingen (neusbloedingen, nabloeden bij kwetsuren, ...)? ..... ..... ..... Zo ja, gelieve contact op te nemen vóór de operatie met huisarts of kinderarts.	<b>Ja / Nee</b>
Is er iemand in de familie met bloedingsproblemen? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Werd bij uw kind ooit een prothese of pompje ingepland? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Is uw kind vaak misselijk of braakt het gemakkelijk? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Volgt uw kind een speciaal dieet? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Heeft uw kind gemakkelijk hoge koorts (meer dan 38.5°)? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Is uw kind recentelijk (laatste 3 weken) nog ziek of verkouden geweest? Zo ja, welke behandeling werd er gegeven en werd deze gestopt? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Tot wanneer had uw kind koorts? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Heeft uw kind losstaande tanden? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>
Draagt uw kind: Beugel: ..... Lenzen of bril: ..... Hoorapparaat: ..... Andere: .....	<b>Ja / Nee</b>
Wenst u nog iets speciaals op te merken? ..... ..... .....	<b>Ja / Nee</b>



## In te vullen: OUDER: THUIS MEDICATIELIJST

Neemt uw kind thuis medicatie (siroop, tablet, inspuiting, puffers of aërosol)?  
Breng alle medicatie in de originele verpakking mee, in de medicatiezak van het ziekenhuis.

GENEESMIDDEL			TOEDIENINGSUUR + AANTAL				OPMERKING
Naam	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u	
Bv.: Dafalgan	250 mg	siroop					Bij pijn

## Medicatiebeleid

Gelieve de meeste chronische medicatie verder te geven, ook op de dag van de ingreep met een slokje water.

Vergeet zeker ook niet de aërosols en puffers te geven de dag van de ingreep.

Type I diabetespatiënten, gelieve de diabetesverpleegkundige te contacteren vóór de opname en 's morgens vroeg naar het ziekenhuis te komen.

Medicatie die voor de opname in het ziekenhuis wel moet worden gestopt.

Medicatie voor ADD / ADHD	Laatste inname dag voordien
.....	.....
Andere:	
.....	.....



Geachte collega

Een goed preoperatief beleid en procedure heeft diverse voordelen zoals bv. een reductie van de perioperatieve morbiditeit, een betere patiënttevredenheid, een hogere veiligheid, efficiëntere planning... Daarom rekenen we graag op uw steun.

**ANAMNESE**

(Belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst):

.....  
.....  
.....

**KLINISCH ONDERZOEK**

CARDIOVASCULAIR:

Bloeddruk: ...../..... mmHg, Hartslag: ...../min.

.....  
.....

RESPIRATOIR:

.....  
.....

GASTRO-INTESTINAAL:

.....  
.....

UROGENITAAL:

.....  
.....

NEUROLOGISCH/ LOCOMOTORISCH:

.....  
.....

INFECTIEUS (MRSA, ANDERE?)

.....  
.....

ANDERE:

.....

## Checklist verpleegafdeling

Patiëntengegevens gecontroleerd? (Naam, geboortedatum, ID-bandje)      Ja / Nee  
 Patiëntenboekje: volledig? (denk oa aan Informed consent ingevuld?)      Ja / Nee

**ALLERGIE?** Nee / Niet bekend / Ja:.....

**INFECTIE:**.....

**NUCHTERBELEID**

Laatst gedronken: wat ..... uur:.....

Vast voedsel: wat ..... uur:.....

**PREOPERATIEVE RICHTLIJNEN**

Transfernote gelezen?

En opdracht uitgevoerd?

T & S afgewerkt?                      NVT                      NEE                      JA

PC aanwezig in lab:                      NEE                      JA

**ALGEMEEN**

Patiënt voorbereid: bril, lenzen, gehoorapparaat, operatiehemd, vers bedlinnen, juwelen, armbandjes.

Nodige materiaal meegegeven? Puffers ...

Operatiestreek voorbereid?.....

Geürineerd voor vertrek?.....

Voldoende etiketten? .....

Antidecubitus matras?.....

Algemene opmerkingen: taal, slechthorend, slechtziend, anderen,.....

Psychische melding bv. AD(H)D, ASS ...?.....

**PARAMETERS**

Bloeddruk	Pols	Temperatuur	SpO2	Pijn
mmHg	/min	°	%	/10
Glycemie: (indien diabetespatient)		mg/ml	Insuline toegediend?	

**Preoperatieve medicatie toegediend?**     Ja .....     Nee, omdat:.....

**Afdeling/dienst:**.....      **Naam vpk:** .....



Meer info?

[www.azdelta.be](http://www.azdelta.be)