



## **Patiëntenmap**

### **Pijnkliniek**





# Algemene gegevens

Patiëntenklever

## Patiëntgegevens

- Aanmelden aan receptie voor inschrijving via opnamebalie
- Ambulant route 74
- Dagziekenhuis: Geriatrie - Heelkunde - Inwendige
- Hospitalisatie: .....

## Procedure

- Ingreep: zie opnameformulier

## Bijkomende informatie

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nuchter vanaf ..... | <input type="checkbox"/> Valpreventie          |
| <input type="checkbox"/> Allergie .....      | <input type="checkbox"/> PM/defibrillator      |
| <input type="checkbox"/> Chauffeur .....     | <input type="checkbox"/> Bloedverdunners:..... |
| <input type="checkbox"/> Opmerkingen         |  |

.....

.....

<b>Patiëntenklever of voornaam - naam - geboortedatum</b>  .....  .....	<b>Pijnklachten</b> Lumbo-ischialgie <input type="checkbox"/> Cervicobrachialgie <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Bilat Lumbalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> .....  <b>Onderliggende pathologie</b> Discushernia <input type="checkbox"/> Foraminaalstenose <input type="checkbox"/> SKS  Facetartrose <input type="checkbox"/> Discogeen <input type="checkbox"/> sacroiliitis <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> <b>Cervicaal epidurale infiltratie niveau .....</b> Afspraken: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> retour verwijzer <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek	<input type="checkbox"/> <b>Lumbale epidurale infiltratie niveau .....</b> Afspraken: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> retour verwijzer <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek
<input type="checkbox"/> <b>Transforaminale epidurale infiltratie</b> Niveau: <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> ..... Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Bilateraal Afspraken: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> retour verwijzer <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek	
<input type="checkbox"/> <b>Therapeutische facetinfiltraties</b> Niveaus (standaard 3): <input type="checkbox"/> L4-L5-S1 <input type="checkbox"/> C3-C4-C5 <input type="checkbox"/> C4-C5-C6 <input type="checkbox"/> ..... Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re Afspraken: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> retour verwijzer <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek	<input type="checkbox"/> <b>SIG-infiltratie</b> Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re Afspraken: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> retour verwijzer <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek
<input type="checkbox"/> <b>Facetdenervatie</b> Niveaus (minstens 3): <input type="checkbox"/> L4-L5-S1 <input type="checkbox"/> C3-C4-C5 <input type="checkbox"/> C4-C5 -C6 <input type="checkbox"/> ..... Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re Reeds positief proef-therapeutisch block  Proefblock nog uit te voeren (zo negatief, <input type="checkbox"/> retour verwijzer of <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek)	
<input type="checkbox"/> <b>PRF-zenuwwortel (DRG)</b> Niveau: <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> ..... Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Bilateraal Reeds positief proef-therapeutisch block  Proefblock nog uit te voeren (zo negatief, <input type="checkbox"/> retour verwijzer of <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek)	
<b>denervatie SIG</b> Zijde: <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Re Reeds positief proef-therapeutisch block Proefblock nog uit te voeren (zo negatief, <input type="checkbox"/> retour verwijzer of <input type="checkbox"/> opvolging pijnkliniek)	
<input type="checkbox"/> <b>Andere behandeling of opmerking</b> ..... .....	
<b>Anticoagulatie?</b> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Welke: ..... (richtlijnen cfr protocol)	

<b>Verwijzer (stempel + handtekening)</b>  ..... .....	<b>Afspraak pijnkliniek</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Datum</b></td> <td style="width: 40%;"><b>uur</b></td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>..... uur</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>..... uur</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>..... uur</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>..... uur</td> </tr> </table>	<b>Datum</b>	<b>uur</b>	...../...../.....	..... uur	...../...../.....	..... uur	...../...../.....	..... uur	...../...../.....	..... uur
<b>Datum</b>	<b>uur</b>										
...../...../.....	..... uur										
...../...../.....	..... uur										
...../...../.....	..... uur										
...../...../.....	..... uur										

## Informatie- en toestemmingsformulier Pijnkliniek

U beschikt als patiënt over het recht tot informatieverstrekking over uw ziekte en de mogelijke en aanbevolen chirurgische, medische en diagnostische procedures. Na voldoende informatie over de medische handeling en eventuele inherente risico's en mogelijke implicaties, verbonden aan een procedure/ingreep, kan u pas zelfstandig beslissen. Deze informatie is niet bestemd om u te verontrusten, maar wel om u voldoende te informeren, zodat u kunt beslissen of u de procedure/ingreep al dan niet wil ondergaan. U kan aan uw arts bijkomende inlichtingen aanvragen als u deze informatie niet volledig begrijpt.

Ondergetekende, .....verklaart duidelijk dat hij/zij toestemming verleent voor de volgende ingreep/onderzoek/behandeling (hierna "tussenkomst" genoemd) :

.....

Hiervoor is een opname of ambulante procedure voorzien in het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt vanaf/op ..... / ..... / 20 .....

De anesthesist-pijnarts heeft mij in duidelijk verstaanbare termen de aard, de draagwijdte en het doel van de uit te voeren ingreep/behandeling beschreven, de ongemakken die hieruit voortvloeien, alsook de risico's, nevenwerkingen en mogelijke verwikkelingen van deze ingreep, zowel op korte als op lange termijn.

Ik heb hierover eveneens een informatiebrochure ontvangen: ja / neen.

De anesthesist-pijnarts heeft mij in eenvoudige en verstaanbare termen de mogelijke evolutie omschreven, indien men niet tot een ingreep overgaat. Hij/zij heeft mij eveneens inlichtingen overgemaakt in verband met alternatieve behandelingen, met hun voordelen en nadelen. Ik begrijp eveneens 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 (geen resultaatsverbintenis).

De anesthesist-pijnarts heeft mij meegedeeld dat het medisch team tijdens de uitvoering van de ingreep noodzaak kan zijn de geplande ingreep uit te breiden met bijkomende medische handelingen die vooraf niet voorzien kunnen worden, maar medisch gezien noodzakelijk zijn. Ik geef hierbij aan bovenvermelde arts mijn toestemming om tijdens de uitvoering van de geplande ingreep elke bijkomende medische handeling uit te voeren in geval van volstrekte medische noodzakelijkheid.

Bovendien verklaar ik uitdrukkelijk op de hoogte te zijn van een vrij precieze schatting van de financiële kosten (bedrag van de persoonlijke bijdrage) in verband met de ingreep/behandeling en de nazorg, in verhouding met mijn persoonlijke eisen. Aangezien onvoorziene situaties en complicaties niet kunnen worden uitgesloten, is het onmogelijk om voorafgaandelijk de precieze 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. Ik kan steeds de nodige informatie opvragen bij de financiële dienst van het ziekenhuis.

Ik heb verstaanbare informatie gekregen over de aard, het gebruik, de werking en kostprijs van de medicatie die nodig is voor, tijdens en na de tussenkomst. Hierbij ben ik akkoord met de aanrekening van een kost voor materiaal van ..... Euro bovenop het persoonlijk aandeel betreffende kamerkeuze en eventuele ere-loonsupplementen.

De anesthesist-pijnarts heeft mij de gelegenheid gegeven vragen te stellen en hij heeft hierop voldoende en volledig geantwoord. Ik heb zijn antwoorden ook goed begrepen. Hij heeft mij meegedeeld dat ik te allen tijde bij hem terecht kan voor bijkomende vragen over de geplande ingreep/behandeling en dat ik hierover overleg kan plegen met mijn huisarts, indien ik dit wens.

Ik verklaar de arts correct en volledig te hebben ingelicht over mijn vooraf bestaande gezondheidstoestand en zijn vragen hierover eerlijk te hebben beantwoord.

Ik ben bereid, zowel in het belang van een goed verloop van de ingreep als van mijn herstel, mij strikt aan de aanwijzingen van bovenvermelde arts te houden. Hierbij werd eveneens mijn aandacht gevestigd op het feit volgende richtlijn strikt uit te voeren:

Het besturen van een voertuig na de behandeling is strikt verboden.

Het besturen van een voertuig is terug toegelaten de dag na de behandeling.

Ik werd erover geïnformeerd dat mijn persoonsgegevens binnen het ziekenhuis zullen worden bijgehouden en verwerkt in het kader van het beheer van mijn patiëntendossier, evenals voor bepaalde administratieve doeleinden, zoals facturatie, registratie van gegevens, ... Ik ben akkoord met deze verwerking en met de interne doorgifte binnen het ziekenhuis van mijn persoonsgegevens met het oog op de verwezenlijking van die doeleinden. Ik ben tevens akkoord met de doorgifte van mijn persoonsgegevens naar de door mij opgegeven behandelend (huis)arts buiten het ziekenhuis.

Ik geef toestemming om voor/tijdens/na bovenvermelde ingreep/behandeling beeldmateriaal of foto's te laten nemen voor mijn patiëntendossier. Deze kunnen eventueel ook later anoniem gebruikt worden voor medisch onderwijs of wetenschappelijke publicaties.

Dit formulier vormt een aanvulling op de informatie die me mondeling werd verstrekt door de anesthesist-pijnarts. Het wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier waarop het een aanvulling vormt.

Datum : ..... / ..... / 20.....

Handtekening van de patiënt  
of wettelijke vertegenwoordiger  
(te vermelden "gelezen en goedgekeurd")

Handtekening en stempel van de arts



Product	Wanneer te stoppen voor procedure			Herstart	Bridging
	High-risk procedure	Intermediate-risk procedure	Low-risk procedure		
<b>ASA + ASA-combinaties</b>	5 d	Niet	Niet	24 u	
<b>Thienopyridines (P2Y12)</b>					Overwegen bij intermediate-risk procedure: ASA na stop P2Y12 Opmerking : P2Y12 niet stoppen < 1 maand na BMS < 6 maanden na DES < 3 maanden na een endovasculaire behandeling van een cerebraal aneurysma
	10 d 7 d 10 d 7 d	10 d 7 d 10 d 7 d	Afwegen Niet Niet Niet	24 u 24 u 24 u 24 u	
<b>DOAC's</b>					Voor procedure: in principe niet nodig mits respecteren tijdsvenster Na procedure: in principe niet nodig gezien DOAC. T max bereikt met antico effect vergelijkbaar met INR > 2 ongeveer 2 u na inname.
	48 u 48 u 48 u afh nierfct CrCl>80: 48 u CrCl>50: 72 u CrCl>30: 96 u	48 u 48 u 48 u afh nierfct CrCl>80: 48 u CrCl>50: 72 u CrCl>30: 96 u	24 u 24 u 24 u afh nierfct CrCl>80: 24 u CrCl>50: 36 u CrCl>30: 48 u	24 u 24 u 24 u 24 u	CrCl<15 : DOAC niet geïndiceerd CrCl<30 : CI Dabigatran, cave andere DOAC
<b>Coumarines</b>					Start met therapeutisch LMWH 2 dagen na STOP coumarine (bv. Clexane 1mg/kg 2x/d of 1,5 mg/kg 1x/d) bij - VKF met vg CVA/TIA - CHA2DS2-VASc ≥ 4 (*) - MIKK + AOKK - DVT of longembolen - Antifosfolipidensyndroom, perifere bypass at risk, cardiale thrombus, mitralisklepstenose
	controle INR 4 d 10 d 7 d	controle INR 4d 10d 7d	controle INR 4d 10d 7d	Na 12 u Cave pt is niet beschermd tot INR >2 Dus LMWH continueren tot INR >2	
<b>Heparine (niet gefractionieerd) IV</b>	4 u (controle APTT,ACT) 12 u (afh nierfct)	4 u (controle APTT,ACT) 12 u (afh nierfct)	4 u (controle APTT,ACT) 12 u (afh nierfct)	>2 u ("bloody" 24 u) 4-6 u 12-24 u na medium/high risk	
<b>LMWH profylactisch</b>					
	- Fraxiparine® 0,4 ml/d - Clexane® 40 mg/d - Innohep® 0,35 ml/d				
<b>LMWH therapeutisch</b>					
	- Fraxiparine® >0,4ml/d - Clexane® >40mg/d - Innohep® ≥0,45ml/d - Fraxodi®	24 u (afh nierfct)	24 u (afh nierfct)	12-24 u na medium/high risk	



High-risk	Intermediate-risk	Low-risk
Gasser / Sfeno / Percutane chordotomie	Facet : C	SIG Facet : L, T
Epiduroscopie	Interlaminaire epidurale : C,T,L	N. Occipitalis
N. Maxillaris / Mandibularis / Glossopharyngeus	Transforaminale/Wortel/PRF : C,T,L	M. Piriformis, N. Pudendus
Plexus coeliacus / N. Splanchnicus	Ggl Stellatum	Bursa subtrochanterica
DCS, DRG stimulation /revisie	Discus	Perifere zenuwen
Epidurale / Spinale catheters		Vervanging batterij DCS /pomp
LSB / Plexus hypogastricus / T2/T3 sympaticus		Ggl lmpar

(\*) CHA2DS2-VASc score

	Condition	Points
C	Congestive heart failure (or Left ventricular systolic dysfunction)	1
H	Hypertension: blood pressure consistently above 140/90 mmHg (or treated hypertension on medication)	1
A <sub>2</sub>	Age ≥75 years	2
D	Diabetes Mellitus	1
S <sub>2</sub>	Prior Stroke or TIA or thromboembolism	2
V	Vascular disease (e.g. peripheral artery disease, myocardial infarction, aortic plaque)	1
A	Age 65–74 years	1
Se	Sex category (i.e. female sex)	1

**NSAID, SSRI, SNRI, TCA bij high-risk patiënten : de voor- en nadelen van het stoppen van deze medicatie moeten afgewogen worden (cf productspecifieke schema's).**







Uw gezondheid, onze zorg.

**Sint-Andriesziekenhuis vzw**

Bruggestraat 84  
8700 Tiel

T 051 42 51 11  
F 051 42 50 20

[info@sintandriestielt.be](mailto:info@sintandriestielt.be)  
[www.sintandriestielt.be](http://www.sintandriestielt.be)