



# Patiëntenmap

## Ingreep onder anesthesie





# Algemene gegevens

## Patiëntgegevens

Patiëntenklever

Stempel +  
handtekening chirurg

Contactpersoon: .....  
(GSM: .....)

## Opnamegegevens

- Ingreep
- Operatiezijde
- Datum ingreep
- ASA-score

.....  
O Rechts    O Links

| ASA-score |    |     |    |
|-----------|----|-----|----|
| I         | II | III | IV |

Gelieve wel/niet\* bij uw huisarts langs te gaan.

\*schrappen wat niet past

## Preoperatieve informatie

### Nuchter

- Ja, vanaf ...../...../..... om ..... uur
- Nee

### Richtlijnen voor nuchter zijn

#### Volwassenen

- Heldere vloeistof\*    **ten laatste 2 uur** voor procedure of ingreep/operatie
- Drank/lichte maaltijd    **ten laatste 6 uur** voor procedure of ingreep/operatie

#### Kinderen

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

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



# 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/procedure 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 <b>specialist</b>                 | pag. 3; 17-22 |
| In te vullen en/of na te lezen door <b>patiënt</b>  | pag. 4-12     |
| In te vullen en/of na te lezen door <b>huisarts</b> | pag. 13-14    |

Ga voor de operatie/procedure, indien gevraagd door de behandelende arts, langs bij de huisarts met deze patiëntenmap. Vul hiervoor eerst de vragenlijst in op p. 8.

Deze patiëntenmap wordt toegevoegd aan uw patiëntendossier.

## VRAGEN?

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

- T 051 42 54 97
- [preopname@sintandriestielt.be](mailto:preopname@sintandriestielt.be)

## BELANGRIJK: Patiëntenmap meebrengen

Gelieve deze ingevulde patiëntenmap mee te brengen de dag van operatie/procedure. Indien we niet in het bezit zijn van deze 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.**







# Toestemming ingreep/procedure onder (lokale) verdoving

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

## 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.

## Chirurgie

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;
- indien nodig medische beeldvorming kan gebruikt worden.

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 een prijssimulatie bekomen via de website: [www.sintandriestielt.be/patient/prijssimulatie](http://www.sintandriestielt.be/patient/prijssimulatie) of mij wenden tot de kasdienst: [kasdienst@sintandriestielt.be](mailto: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, 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 met vragen over de anesthesie terecht kan bij de dienst anesthesie (051 42 51 30) voor meer uitleg. De brochures anesthesie en sedatie kan ik ook online vinden op [www.sintandriestielt.be](http://www.sintandriestielt.be) (patiënt>medische informatie>brochures>anesthesie en sedatie).

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.

### Transfusie

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

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

Naam: .....  
 Reden: .....

### 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. 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.

Dit formulier wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier.

Opgemaakt te ..... op ...../...../..... tijdstip: .....

Naam en handtekening patiënt  
 of wettelijke vertegenwoordiger

Naam en handtekening  
 chirurg

Naam en handtekening  
 anesthesist



# Vragenlijst voor het onderzoek of de behandeling

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| Leeftijd:<br>..... jaar   | Lengte:<br>..... cm                            | Gewicht:<br>..... kg |
| Welk onderzoek of behandeling is gepland?<br>.....  |  |                      |
| Bent u allergisch aan bepaalde producten?<br>Zo ja, aan welke en welke reactie deed zich voor?<br>.....<br>.....<br>.....                                       |  | Ja / nee             |
| Werd u vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving? Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?                           |  | Ja / nee             |
| jaartal<br>.....<br>.....<br>.....  | ingreep/behandeling<br>.....<br>.....<br>..... |                      |
| Werd u vroeger voor ziektes en medische aandoeningen door uw huisarts behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, in welk jaar en voor welke aandoeningen? |  | Ja / nee             |
| jaartal<br>.....<br>.....<br>.....  | ingreep/behandeling<br>.....<br>.....<br>..... |                      |





|   |          |
|---|----------|
| Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf duidelijk welke reactie het betrof:<br>.....<br>.....           | Ja / nee |
| Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:<br>.....<br>.....   | Ja / nee |
| Rookt u?<br>Zo ja, hoeveel? ...../dag, hoelang? .....jaar   | Ja / nee |
| Hoe vaak drinkt u 6 (voor vrouwen)/ 8 (voor mannen) of meer glazen alcohol per dag?<br>O nooit O minder dan maandelijks O maandelijks O wekelijks O dagelijks |          |
| Gebruikt u cortisone of kreeg u de laatste 6 maanden een inspuiting met cortisone?  | Ja / nee |
| Bent u in behandeling voor suikerziekte? Zo ja, type I of II? (omcirkel wat juist is, indien niet gekend hoeft u niets aan te duiden)                         | Ja / nee |
| Hebt u een neurologische ziekte? (verlamming, Parkinson, verminderde kracht ...)<br>Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>.....                                       | Ja / nee |
| Hebt u problemen met het bewegen van de nek?  | Ja / nee |
| Hebt u een beperking in het uitvoeren van bepaalde bewegingen die niet in verband staan met deze operatie? Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>.....                | Ja / nee |
| Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?  | Ja / nee |



| <b>HART- EN VAATAANDOENINGEN</b>  |          |
|---|----------|
| Hebt u hartproblemen? Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>.....   | Ja / nee |
| Hebt u last van hartritmestoornissen?   | Ja / nee |
| Hebt u last van te hoge of te lage bloeddruk?<br>Wat is uw gebruikelijke bloeddruk? ..... / ..... mmHg      | Ja / nee |
| Hebt u problemen met de bloedstolling en/of blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?     | Ja / nee |
| Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend?<br>Zo ja, waren er problemen? Omschrijf:<br>.....<br>..... | Ja / nee |
| Is er sprake van pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning?                                    | Ja / nee |
| Hebt u reeds flebitis gehad?  | Ja / nee |
| Hebt u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp?                                    | Ja / nee |
| <b>MOND EN LONGEN</b>   |          |
| Bent u vlug kortademig bij inspanning of in rust?   | Ja / nee |
| Is het slaapapneu syndroom (OSAS) geconstateerd?  | Ja / nee |
| Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja omschrijf:<br>.....<br>.....           | 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 |



| <b>MAAG, DARM, LEVER &amp; NIEREN</b>  |          |
|--|----------|
| Hebt u nierproblemen of had u die vroeger?<br>Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>.....                    | Ja / nee |
| Hebt u leverproblemen (bijv. hepatitis) of had u die vroeger?<br>Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>..... | Ja / nee |
| Hebt u ooit een maagzweer gehad?   | Ja / nee |
| Hebt u last van gastro-intestinale reflux (zuurbranden, frequent braken)?                            | Ja / nee |
| Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat?<br>Zo ja, omschrijf:<br>.....<br>.....    | Ja / nee |



# Geneesmiddelengebruik

Neemt u geneesmiddelen? Zo ja, vul dan onderstaande tabel nauwkeurig in, laat het invullen door de huisarts of vraag een afdruk aan uw thuisapotheek.

Indien u verblijft in een woonzorgcentrum of andere organisatie, voeg dan het medicatieblad van de organisatie toe.

Stempel + handtekening  
thuisapotheek

Indien u dit zelf invult,  
wie is uw huisapotheek?

.....

**Graag uw thuismedicatie hier invullen  
of voeg een afdruk van uw medicatielijst bij**

| Geneesmiddel                    |       |      | Toedieningsuur +<br>aantal |     |     |     | Opmerkingen | Laatste<br>inname |
|---------------------------------|-------|------|----------------------------|-----|-----|-----|-------------|-------------------|
| Naam<br>(noteer in drukletters) | Dosis | Vorm | 8u                         | 12u | 18u | 22u |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |
|                                 |       |      |                            |     |     |     |             |                   |

Sommige geneesmiddelen moet u voor de ingreep stoppen, andere niet. Overleg dit met uw huisarts.

| Medicatie stoppen voor de ingreep (zie ook<br>bijlage I: stroomschema bridging p. 15) | Hoeveel dagen vooraf? |
|---|-----------------------|
|   |                       |
|   |                       |
|   |                       |
|   |                       |

Indien u op voorhand een raadpleging wenst met een anesthesist, dan kunt u contact opnemen met de dienst anesthesie (T 051 42 51 30).

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



# 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 voortijdens-na de procedure onder narcose, een betere patiëntentevredenheid, een hogere veiligheid e.a. Daarom rekenen we graag op uw steun. U kan deze gegevens uiteraard ook doorsturen via HealthConnect.

Stempel +  
handtekening huisarts

## ANAMNESE

(belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst)

.....  
.....

## KLINISCH ONDERZOEK

Bloeddruk: ...../ .....mm Hg

Hartslag: ...../min.

Longauscultatie:

.....  
.....

Hartauscultatie:

.....  
.....

Abdominaal/gastro-intestinaal:

.....  
.....

Urogenitaal:

.....  
.....





Bewustzijn en mentale status:

.....  
 .....

Locomotorisch:

.....  
 .....

Vasculair:

.....  
 .....

Infectieus (MRSA, andere?):

.....  
 .....

Andere:

.....  
 .....

**TECHNISCHE ONDERZOEKEN**

ECG protocol (graag ECG zelf toevoegen aub):

.....  
 .....

LABO (vul in of voeg protocol bij)

|       |       |             |          |        |
|-------|-------|-------------|----------|--------|
| Hb:   | Hct:  | TBC:        | INR/PTT: | aPTT:  |
| WBC:  | TE:   | Creatinine: | GFR:     | Ureum: |
| Bili: | Glyc: | TSH         |          |        |
| Na:   | K:    | CI:         | BIC:     | CA:    |

**Opmerkingen van de HUISARTS voor de SPECIALIST/VERPLEEGKUNDIGEN:**

.....  
 .....

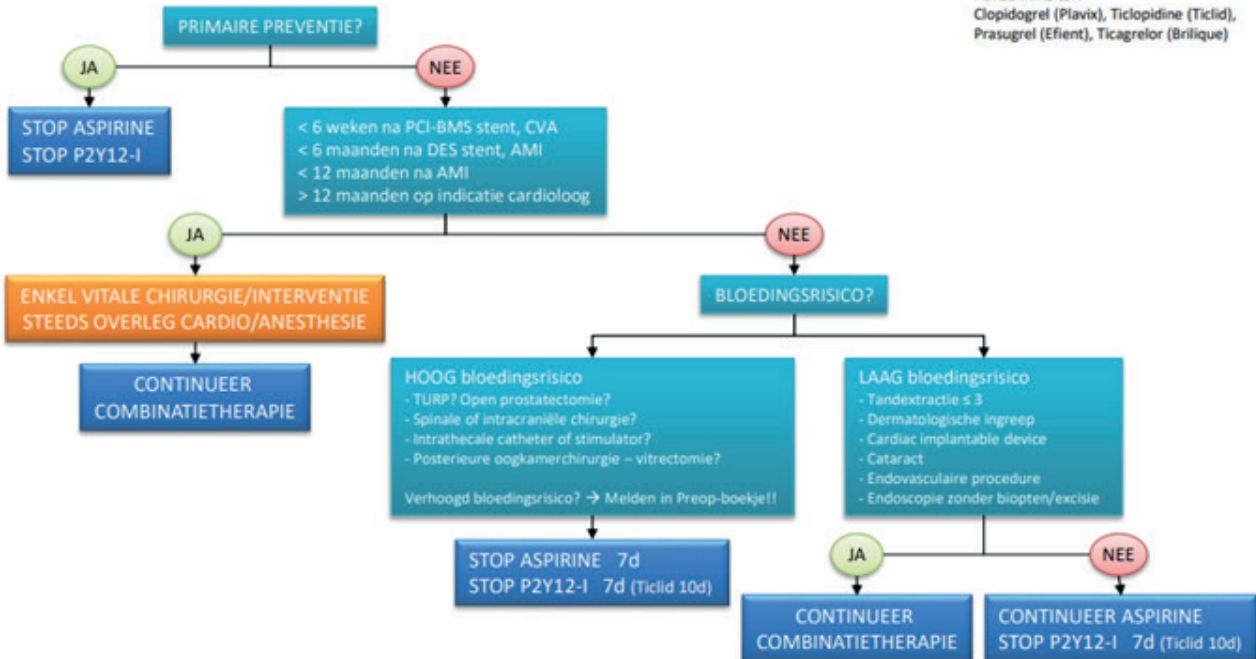
**Voor bijkomende informatie kan u steeds terecht op  
[www.sintandriestielt.be/zorgverlener/huisartsen/patiëntenmappen](http://www.sintandriestielt.be/zorgverlener/huisartsen/patiëntenmappen)**



# Bijlage 1: stroomschema bridging

## ELECTIEVE INGREEP bij patiënten onder P2Y12-inhibitoren +/- ASPIRINE

P2Y12-inhibitor:  
Clopidogrel (Plavix), Ticlopidine (Ticlid),  
Prasugrel (Efigent), Ticagrelor (Brilique)

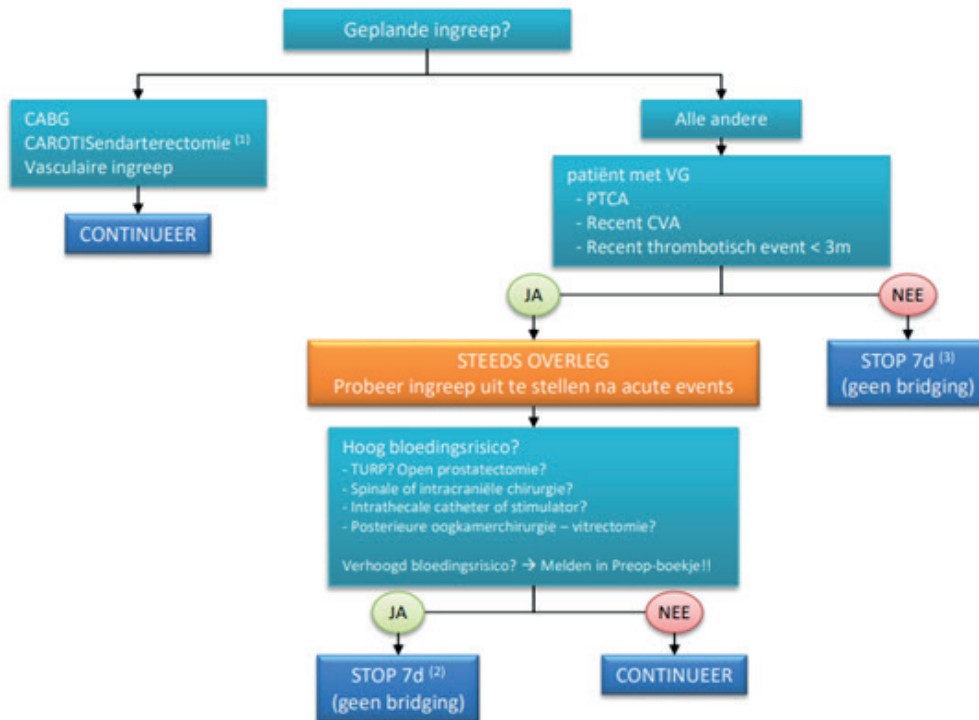


OPM: semidringende ingreep : stop Brilique min 3d, Plavix min 5d, Efigent min 7d

### POSTOP

- Hoog trombotisch risico: ASAP herstarten: volgens ontslagbrief i.f.v. hemostase en ingreep
- Laag trombotisch risico of hoog bloedingsrisico: pas vanaf 8<sup>e</sup> dag i.f.v. hemostase

## ELECTIEVE INGREEP bij patiënten onder ASPIRINE/DIPYRIDAMOLE



OPM: pre- en perop nooit starten met anti-aggregantia

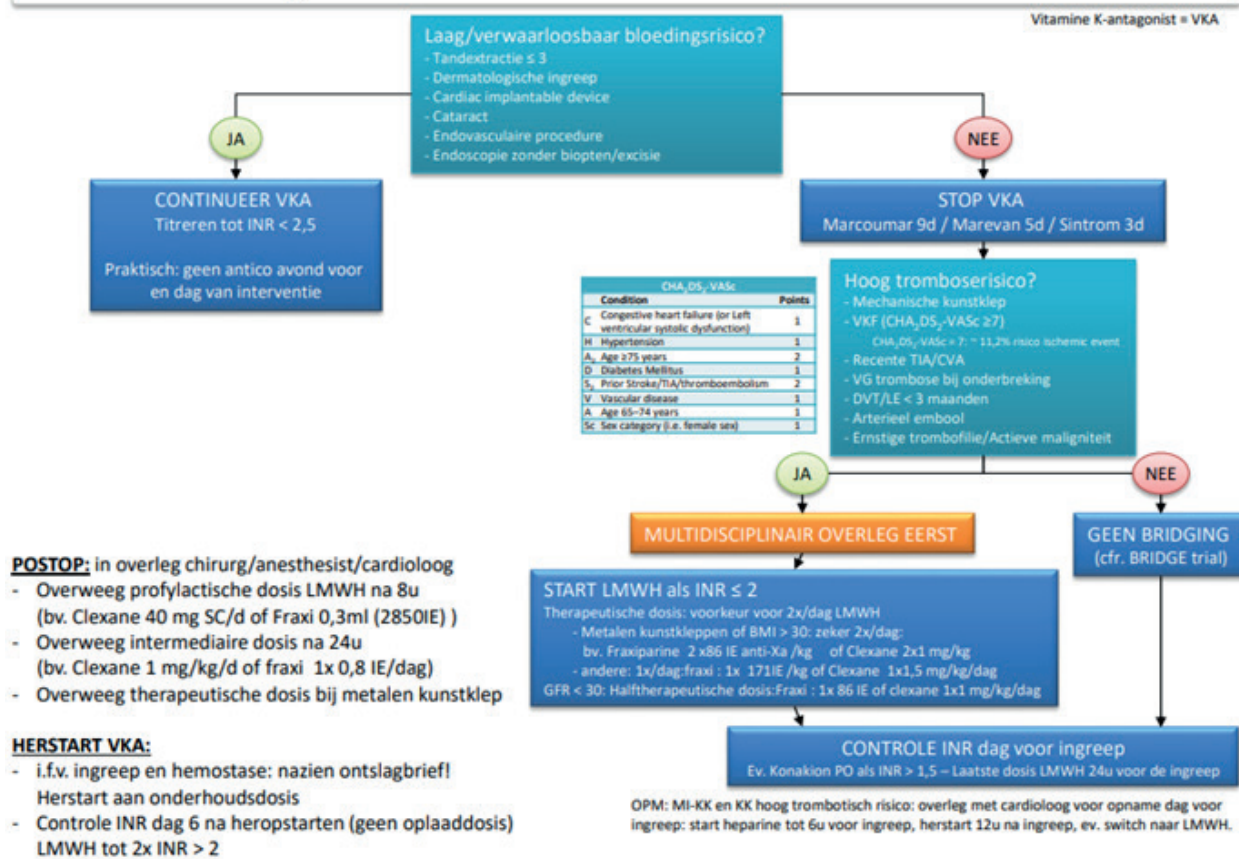
<sup>1</sup> ACE trial

<sup>2</sup> POISE-2 trial

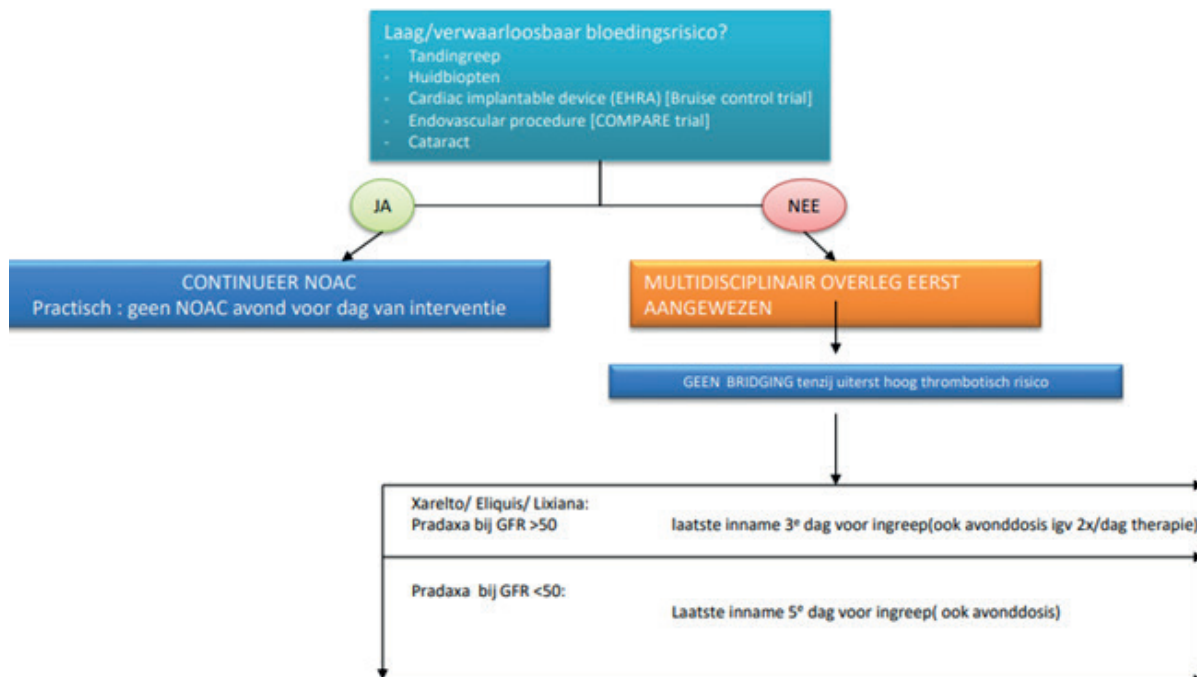
<sup>3</sup> Wolff et al: Perioperative aspirin therapy in non-cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

# Bijlage 1: stroomschema bridging

## ELECTIEVE INGREEP bij patiënten onder VITAMINE K-ANTAGONISTEN



## ELECTIEVE INGROPEN onder N(D)OAC



**POSTOP:** in overleg chirurg/anesthesist/cardioloog

- Overweeg profylactische dosis LMWH na 8u (bv. Clexane 40 mg SC/d)
- Overweeg intermediaire dosis na 24u (bv. Clexane 1 mg/kg/d)
- Overweeg herstart NOAC na 72u als hemostase OK is!

# Preoperatieve informatie verpleging

Allergie: .....

.....

Nuchter: JA/NEE

- IC chirurgie
- IC anesthesie/analgesie/sedatie
- IC transfusie

## Eventuele opmerkingen en/of aanvullingen

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <b>Parameters preoperatief</b>           | gewicht: .....                     |
|  | temperatuur: .....                 |
|  | bloeddruk: .....                   |
|  | pols: .....                        |
| <b>Medicatie preoperatief toegediend</b> | .....                              |
| <b>Nuchter vanaf</b>                     | Datum: ...../...../..... uur:..... |

## Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Mallampati: .....

Pulmonair: .....

Cardiovasculair: .....

Stempel anesthesist

Handtekening

Datum: / / Uur:



|  |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|--|-------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------|--------|-----------|---|------|---|---|
| CATHETER:  |             | CENTR. VEN. LIJN: |                                   | CAPNOMETRIE                        |                                | MAAGSONDE      |        | HOT LINE: |   |      |   |   |
| ART. LIJN:   |             |                   |                                   | O2-SATURATIE                       |                                | BLAASSONDE     |        | THERM.    |   | B.H. |   |   |
| ALGEMENE <span style="float: right; font-size: small;">SUPRA PUBISCHE SONDE</span> |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| Masker nr.   |             |                   | Neus                              |                                    |                                | Gel            |        |           | PRE-INDUCTION ASSESSMENT <input type="checkbox"/> |      |   |   |
| LM nr.   |             |                   | Oogzalf                           |                                    |                                | Pack           |        |           | uur:  |      |   |   |
| Tube: I.D.   |             | mm                |                                   | INTUBATIE                          |                                | Gemakkelijk    |        | B.L.V.    |   |      |   |   |
| Type   |             | Oro naso          |                                   | Moelijk                            |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| LOCO-REGIONALE   |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| Epidurale  | Spinal      | Sequentiële       | Caudaal block<br>Popliteaal block | Axillair block<br>Interscaleen bl. | Ischiadicus block<br>Polsblock | Femoraal block | Plaats | Catheter  | Resultaat   |      |   |   |
| LOG-AN:  | CHIROCAÏNE  |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | NAROPIN     |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | SCANDI      |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | XYLO        |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | MARCAÏNE    |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| ANESTHETICA  | ATROPINE    |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | EPHEDRINE   |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | DORMICUM    |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | DIPRIVAN B  |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | TCI         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | NIM/MIV/ESM |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | RAPIFEN     |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | SUFFENTA    |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | ULTIVA CI   |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | O2          |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | SEVO        |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| INFUUS   | 1           |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | 2           |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | 3           |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| BLOEDVERLIES   |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| URINEDEBIET  |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| ADEM-HALING  | Spont.      |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | Gecont.     |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| TIJD   | 3           |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| RR   | 200         | 1                 | 5                                 | 0                                  | 4                              | 5              | 1      | 5         | 3   | 0    | 4 | 5 |
| POLS   | 220         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| START AN X   | 180         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| START OP 0   | 160         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| EIND AN 0  | 140         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | 120         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | 100         |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
|  | 80          |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| INT <input type="checkbox"/>   | 60          |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| EXT <input type="checkbox"/>   | 40          |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| LIGGING  |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| O2SAT  | X           |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| pETCO2   |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| CVD  |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| TEMPERATUUR  |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN   |             |                   |                                   |                                    |                                |                |        |           |   |      |   |   |
| Antibioticaprofylaxe:  |             |                   |                                   |                                    |                                | uur:           |        |           | initialen:  |      |   |   |





## Aandachtspunten preop

**NUCHTER vanaf:**

**uur:**

### ALLERGIE

Nee  Ja (zie intakedossier)

### PONV (postoperatief nausea en misselijkheid)

Nee  Ja

## Patiëntgegevens

### INGREEP

Ingreep: ..... Chirurg: Dr. ....

### PEROPERATIEF

#### ANESTHESIST:

Dr. De Baere / Dr. Cuypers / Dr. Huysentruyt / Dr. Laporte / Dr. Meese /  
Dr. Rousseau / Dr. Schotte / Dr. Vinckier / Dr. Vansteenkiste

#### ANESTHESIE:

Algemene ETT - LM / RACHI / EPIDURALE / PLEXUS / POLS BLOCK / INTERSCALEEN BLOC / POPLITEA BLOCK /  
FEMORAAL BLOCK / ISCHIADICUS BLOCK

#### SAMENVATTING (medicatie + uur toediening)

### PIJNBELEID (recovery en postoperatief op verblijfsafdeling)

#### Pijnbeleid met stand order recovery

- Pijnbeleid recovery volwassenen (> 16 jaar)  
 ambulante patiënten  NSAID OK  geen NSAID  
 gehospitaliseerde patiënten  NSAID OK  geen NSAID

#### Pijnbeleid zonder stand order

##### Intramusculair

- Dipidolor ..... mg ...../24u

##### Intraveneus

- Dipidolor .....mg (enkel recovery of IZ)  
 Contramal 100 mg + Litan 50 mg ..... /24u  
 Paracetamol 0,5 g - 1 g ..... /24u  
 Diclofenac 75 mg ..... /24u  
 Brufen 600 mg ..... /24u  
 ..... /24u

#### Pijnbeleid met stand order verblijfsafdeling

##### Pijnbeleid dagziekenhuis

- schema met Brufen  
 schema zonder Brufen

Pijnpakket bij ontslag uit dagziekenhuis

- Pijnpakket 1 (Dafalgan®)  
 Pijnpakket 2 (Dafalgan®, Brufen)  
 Pijnpakket 3 (Dafalgan®, Contramal®)  
 Pijnpakket 4 (Dafalgan®, Brufen, Contramal®)

##### Pijnbeleid postoperatief

- schema met Brufen  
 schema zonder Brufen  
 schema met PCEA-pomp 4/2/30'  
5/2/30'

##### Pijnbeleid intensieve

- met Brufen  
 zonder Brufen

### ZORGPLAN POSTOPERATIEF (verblijfsafdelingen)

**Operatieverslag:**  Bijgevoegd  zie MDO

**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 1 flac ...../24u  
 .....

#### SC medicatie

- Clexane®: 20 mg 40 mg 60 mg 80 mg x/24u  
 Volgens protocol chirurg

#### Antibiotica

- Amoxiclav (Augmentin®) x1g/200mg duur  
 Cefazoline® x2g duur  
 Clindamycine (Dalacin®) x600 mg duur  
 .....

#### Inhalatietherapie

- Duovent® 4x ½ flacon/24u  
 .....

- Voeding:  
 Drinken vanaf .....u  
 NPO  
 Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1  
 Zuurstoftherapie: ..... LO2 /min  
 Ijstherapie

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 |    |    |        |        |      |                         |      |
| :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"/> poortsysteem li / re       | <input type="checkbox"/> andere:                              |
|             | <input type="checkbox"/> arteriële katheter li / re | <input type="checkbox"/> kniekorset                           |
|             |   | <input type="checkbox"/> vaginale wiek                        |
|             |   | <input type="checkbox"/> anale wiek                           |
|             |   | <input type="checkbox"/> kompressen in wonde<br>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:.....cmH2O            | <input type="checkbox"/> maagsonde / gastrostomie                               |  |
| <input type="checkbox"/> verblijfsonde/suprapubische sonde ballon sonde gevuld met ..... cc aqua |                                      |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> nefrostemiesonde  |                                      |   | <input type="checkbox"/> stoma met/zonder brug (omcirkel wat van toepassing is) |  |
| <b>Wondzorg:</b> <input type="checkbox"/> DAV resorbeerbare draad                                |                                      | <input type="checkbox"/> DAV niet-resorbeerbare draad |   |  |



## ONTSLAG

**Ontslagcriteria ('Fast track'-criteria) om te bepalen wanneer patiënt naar afdeling kan getransfereerd worden**

De score moet  $\geq 12$  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 |

### **Fysieke activiteit**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kan alle ledematen bewegen op bevel (MRC 5)              | 2 |
| <input type="checkbox"/> lichte zwakte in de beweging van de ledematen (MRC 3-4)  | 1 |
| <input type="checkbox"/> is niet in staat ledematen spontaan te bewegen (MRC 1-2) | 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 |

**Totaal** /14

Transfer van afdeling (A) ..... naar afdeling (B) ..... op ...../...../..... omstreeks .....uur

|   |  |
|---|--|
| Naam en handtekening verpleegkundige recovery | Naam en handtekening verpleegkundige verblijfsafdeling |
|   |  |



| VERPLEEGPLANNING   |  |  |                          | Plannen = omcirkelen                | Herplannen = oude planning doorkruisen | Uitgevoerd = paraaf                   | Stoppen = // |
|--|--|--|--------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|
| HYG  | Aanbrengen van: <b>DA</b> uurs / <b>TED</b> -kousen  | DA   | TED                      |                                     |  |                                       |              |
| MOBILITEIT   | <b>INSTALLEREN VAN DE PATIËNT</b>  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | BEgeleiding (arm aanbieden) (C120)   |  | BE                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Gedeelt. hulp: <b>VP</b> k. / <b>GL</b> ijdlaken   | VP   | GL                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Volledige hulp: <b>VP</b> k. / <b>GL</b> ijdlaken / <b>TR</b> ansferbord   | VP   | GL                       | TR                                  |  |                                       |              |
|  | <b>VERPLAATSEN BINNEN DE AFDELING OF KAMER (C200)</b>  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | Begeleiding <b>AR</b> m aanbieden  |  | AR                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Volledige hulp: <b>BE</b> d / <b>RO</b> lstoel   | BE   |                          | RO                                  |  |                                       |              |
| <b>AANWEZIGHEID TRACTIE IG ORTHOPEDISCHE REDEN (C400)</b>  |  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | Gewicht tractie:   |  |                          |                                     |  |                                       |              |
| URINAIR  | Zelfstandig  |  | ZE                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Pt. is <b>INCONTINENT (B230)</b> (zie ook gebruik hulpmiddel)  |  | JA                       |                                     |  |                                       |              |
|  | > <b>GEBRUIK HULPMIDDEL: UR</b> inaal / <b>BE</b> dpan / <b>LU</b> ier / <b>ON</b> derlegger (B220-230)  | UR   | BE                       | LU                                  | ON                                     |                                       |              |
|  | Opvolging mictie (kleur, geur, freq., volume)? (B210)  |  | JA                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Pt. heeft een <b>VS</b> of <b>SPS: Uitw. Zorg / LE</b> digen / <b>BL</b> aasspoeling / <b>AF</b> klemmen / <b>V</b> ervangen <b>Collector</b> / <b>C</b> ontrolle <b>Ballon</b> / <b>VerW</b> ijderen (B250) | UZ   | LE                       | BL                                  | AF                                     |                                       |              |
|  |  | VC   | CB                       | VW                                  |  |                                       |              |
|  | VS <b>PL</b> aatsen / ver <b>NI</b> euwen (B300)   |  | PL                       | NI                                  |  |                                       |              |
| <b>Stoma: LE</b> digen / <b>PL</b> akplaat of <b>ZA</b> kje vervangen (B240)   | LE   | PL   | ZA                       |                                     |  |                                       |              |
| FECAAL   | Zelfstandig  |  | ZE                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Pt. is <b>INCONTINENT (B230)</b> (zie ook gebruik hulpmiddel)  |  | JA                       |                                     |  |                                       |              |
|  | > <b>GEBRUIK HULPMIDDEL: BE</b> dpan / <b>LU</b> ier / <b>ON</b> derlegger (B420-430)  | BE   | LU                       | ON                                  |  |                                       |              |
|  | Opvolging defecatie (kleur, consist., freq.)? (B410)   |  | JA                       |                                     |  |                                       |              |
|  | Plaatsen <b>Rectale S</b> onde   |  | RS                       |                                     |  |                                       |              |
|  | <b>Stoma: LE</b> digen / <b>PL</b> akplaat of <b>ZA</b> kje vervangen (B440)   | LE   | PL                       | ZA                                  |  |                                       |              |
| VOED   | <b>NUCHTER</b> gedurende ganse periode op recovery (D130)  |  | NUCHTER                  |                                     |  |                                       |              |
|  | Pt. krijgt TPN: (D400)   |  | TPN                      |                                     |  |                                       |              |
| MS   | Pt. heeft <b>MS</b> / <b>GastroS</b> tomie / <b>JejunoS</b> tomie (G200)   | MS   | GS                       | JS                                  |  |                                       |              |
|  | > <b>C</b> ontrolle <b>P</b> ositie / <b>DE</b> cubituspreventie neus / <b>C</b> ontrolle <b>AF</b> vloei / <b>C</b> ontrolle <b>V</b> acuüm   | CP   | DE                       | CA                                  | CV                                     |                                       |              |
| ADEMHALING   | <b>ASPIRATIE VAN DE LUCHTWEGEN (K100)</b>  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | > Via: <b>MO</b> nd / <b>NE</b> us / <b>TR</b> acheacanule / <b>E</b> ndotracheale <b>T</b> ube  | MO   | NE                       | TR                                  | ET                                     |                                       |              |
|  | <b>ONDERSTEUNING ADEMHALINGSFUNCTIE (K200)</b>   |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | <b>O2</b> therapie   | aantal liter O2                            | <b>Zie parameterblad</b> |                                     |  |                                       |              |
| > Via: <b>MA</b> sker / <b>Neus</b> Bril / <b>LA</b> rynxmasker / <b>TR</b> acheacanule / <b>MAYO</b> -canule / <b>ET</b> / <b>AM</b> bu | MA   | NB   | LA                       | TR                                  | MAYO                                   | ET                                    | AM           |
| ISOLATIE   | <b>BIJKOMENDE HYGIËNISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)</b>  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | Contact / <b>C+</b> (MRSA) / <b>D</b> ruppel / <b>A</b> erogeen / .....  | C  | C+                       | D                                   | A                                      | ...                                   |              |
|  | <b>HA</b> ndschoenen / <b>OV</b> erschort / <b>MA</b> sker / <b>EE</b> ndebekmasker / maat <b>RE</b> gelen afval, linnen, materiaal,...<br>bijkomende info   | HA   | OV                       | MA                                  | EE                                     | RE                                    |              |
| ASS  | Naam medische handeling (Z200)   | TE   | CE                       |                                     |  |                                       |              |
| ONDERST.   | Informereren van de patiënt?   |  | JA                       |                                     |  |                                       |              |
|  | ivm: <b>ME</b> dicatie, ver <b>ZO</b> rging, Toe <b>S</b> tand, <b>AP</b> paratuur,... (S100)  | ME   | ZO                       | TS                                  | AP                                     |                                       |              |
|  | <b>Basisondersteuning patiënt (R110)</b>   |  |                          |                                     |  |                                       |              |
|  | Toestand patiënt: <b>AN</b> gstig / <b>ON</b> rustig / be <b>DR</b> oefd / <b>AG</b> ressief / <b>AN</b> Dere  | AN   | ON                       | DR                                  | AG                                     | AD                                    |              |
|  | Actie: <b>GE</b> sprek / <b>LU</b> isteren / <b>TR</b> oosten / <b>ON</b> dersteunen / <b>HO</b> op  | GE   | LU                       | TR                                  | ON                                     | HO                                    |              |
| <b>CONTACT MET ANDERE INSTELLING (Z400)</b>  |  | Naam instelling                            |                          |                                     |  |                                       |              |
| <b>TOEDIENING BLOED EN BLOEDDERIVATEN (noteer ook aantal gegeven zakjes of eenheden) (N100)</b>  |  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
| <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 |  |                                       |              |
| <b>BLOEDAFNAMES (noteer ook hoeveel bloedafnames) (N300, N400, N500)</b>   |  |  |                          |                                     |  |                                       |              |
| <input type="checkbox"/> capillair   |  | <input type="checkbox"/> veneus            |                          | <input type="checkbox"/> arteriaal  |  | <input type="checkbox"/> poortsysteem |              |









**SA** **TIELT**  
**SINT-ANDRIES**  
**ZIEKENHUIS**

Uw gezondheid, onze zorg.

**Sint-Andriesziekenhuis vzw**  
**Bruggestraat 84, 8700 Tielt**  
**T 051 42 51 11 - F 051 42 50 20**

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