





# Algemene gegevens

## Patiëntgegevens

Patiëntenklever

Stempel +  
handtekening chirurg

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

## Opnamegegevens

- Ingreep
- Operatiezijde
- Datum ingreep
- ASA-score

.....  
 Rechts     Links  
.....

ASA-score			
I	II	III	IV

Geleefte 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 voor kinderen

Beste ouders

In deze patiëntenmap vindt u alle formulieren die voor de operatie of procedure van uw kind dienen te worden ingevuld. We willen er vriendelijk op wijzen dat, om de operatie/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; 13-16
In te vullen en/of na te lezen door <b>patiënt</b>	pag. 4-10
In te vullen en/of na te lezen door <b>huisarts</b>	pag. 11-12

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 het patiëntendossier van uw kind.

## VRAGEN?

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

- T 051 42 54 97
- preopname@sintandriestielt.be

## BELANGRIJK: Patiëntenmap meebrengen

Gelieve deze ingevulde patiëntenmap mee te brengen de dag van operatie/procedure. Indien we niet in het bezit zijn van deze map, **dan kan de ingreep mogelijk niet doorgaan.**

**Het Sint-Andriesziekenhuis en de artsen kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor verwickelingen volgend uit het gebruik van de richtlijnen in deze patiëntenmap.**



# Algemene informatie

## Voor de ingreep

### Algemeen

- Neem contact op met de sociale dienst als u nood hebt aan bijkomende thuiszorg of revalidatie na ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan op het telefoonnummer 051 42 52 48.
- Neem voor opname contact op met de verzekeringsinstelling waar u een hospitalisatieverzekering hebt.

### Medicatie

- Geef eventuele ochtendmedicatie met een half glas water, na overleg met de huisarts of specialist.
- Vraag aan uw huisarts en/of specialist om zo nodig de medicatie aan te passen voor de procedure, bijvoorbeeld op tijd stoppen van bloedverdunners.
- GLP1-agonisten (vb. Ozempic) : laatste dosis voor de operatie/procedure niet innemen.

## Dag van opname

### Hygiënische richtlijnen

- Neem de ochtend van 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?

- Deze patiëntenmap
- Identiteitskaart, gegevens van hospitalisatieverzekering.
- Allergiekaart en bloedgroepkaart indien u dit bezit.
- Thuismedicatie in de originele verpakking of in een thuismedicatiezak.
- Antiflebitis-kousen als u hierover beschikt.
- Toiletartikelen en slaapkledij indien u (mogelijks) overnacht.
- **Breng geen waardevolle voorwerpen mee.**





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: ..... jaar	Lengte: ..... cm	Gewicht: ..... kg
Welk onderzoek of behandeling is gepland? .....		
Bent u allergisch aan bepaalde producten? Zo ja, aan welke en welke reactie deed zich voor? ..... ..... .....		Ja / nee
Werd uw kind vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving? Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?		Ja / nee
jaartal ..... ..... .....	ingreep/behandeling ..... ..... .....	
Werd uw kind 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 ..... ..... .....	ingreep/behandeling ..... ..... .....	





Reageerde uw kind bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf duidelijk welke reactie het betrof: ..... .....	Ja / nee
Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig: ..... .....	Ja / nee
Is uw kind prematuur geboren? Op hoeveel weken? ..... Geboortegewicht: ..... gram	Ja / nee
Is uw kind al ernstig ziek geweest? Zo ja, welke ziekte(s)? .....	Ja / nee
Is uw kind de laatste twee weken ernstig ziek geweest? Zo ja, welke ziekte(s)? .....	Ja / nee
Heeft uw kind een chronische ziekte, vb. astma, diabetes, epilepsie? Zo ja, welke ziekte(s)? ..... .....	Ja / nee
Zijn er in de familie bloedingsziekten? .....	Ja / nee
Heeft uw kind problemen met de stolling van het bloed?	Ja / nee
Heeft uw kind gemakkelijk blauwe plekken zonder reden?	Ja / nee
Heeft uw kind last van bloedend tandvlees?	Ja / nee

# Geneesmiddelengebruik

Neemt uw kind 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 instelling of andere organisatie, voeg dan het medicatieblad van de organisatie toe.

Stempel + handtekening  
thuisapotheek

Indien u dit zelf invult,  
wie is uw huisapotheek?

.....

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

Geneesmiddel			Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname
Naam (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	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)**



# 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:.....

Overige: .....

.....

## 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.	
<b>ALGEMENE</b> <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							
<b>LOCO-REGIONALE</b>											
Epidurale		Spinal		Sequentiële		Caudaal block Popliteaal block		Axillair block Interscaleen bl.		Ischiadicus block Polsblock	
Femoraal block		Plaats		Catheter		Resultaat					
CHIROCAÏNE											
NAROPIN											
SCANDI											
XYLO											
MARCAÏNE											
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		1 5 3 0 4 5		1 5 3 0 4 5	
POLS		220									
START AN X		180									
START OP 0		160									
EIND AN 0		140									
INT <input type="checkbox"/>		120									
EXT <input type="checkbox"/>		100									
LIGGING		80									
O <sub>2</sub> SAT ×		60									
pETCO <sub>2</sub>		40									
CVD											
TEMPERATUUR											
<b>PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN</b>											
Antibioticaprofylaxe:						uur:			initialen:		

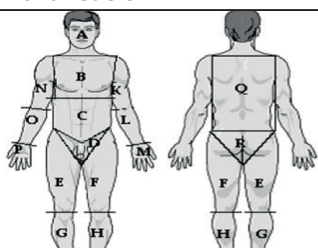




Uur	RR	HF	O2 sat	infuus	pijn	medicatie & opmerkingen	Par.
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
: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 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		













**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)**