



Patiëntenmap

Endoscopische onderzoeken
onder anesthesie

Algemene gegevens

Patiëntgegevens

- ◆ Naam
- ◆ Voornaam
- ◆ Geboortedatum
- ◆ Geslacht

Patiëntenklever

Opnamegegevens

- ◆ Procedure
.....
- ◆ Datum procedure
.....
- ◆ ASA-score
.....

Patiëntenmap voor endoscopische onderzoeken onder anesthesie

Beste patiënt(e)

In deze patiëntenmap vindt u alle formulieren die voor uw procedure dienen te worden ingevuld. We willen er vriendelijk op wijzen dat, om de procedure te kunnen laten plaatsvinden, deze vervuld moeten worden voor de opname. Aan de zijkant van elke pagina staat telkens vermeld wie het respectievelijke formulier dient in te vullen:

In te vullen door specialist	pag. 2, 6-7, 14-15
In te vullen en/of na te lezen door patiënt	pag. 3-11
In te vullen en/of na te lezen door huisarts	pag. 12-13

Vragen?

Bij verdere vragen kunt u steeds terecht op onderstaande coördinaten:

Dienst Anesthesie

Sint-Andriesziekenhuis

Bruggestraat 84

8700 TIELT

T 051 42 51 11

info@sintandriestielt.be

Dienst Interne

Sint-Andriesziekenhuis

Bruggestraat 84

8700 TIELT

T 051 42 51 60

interne@sintandriestielt.be

Patiëntenmap n.a.v. het onderzoek meenemen aub. Indien we niet in het bezit zijn van die map, dan **kan het onderzoek 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 41.
- Neem voor opname contact op met de verzekeringsinstelling waar u een hospitalisatieverzekering hebt.
- Duid een vertegenwoordiger of contactpersoon aan.
- Zorg ervoor dat iemand u kan afhalen bij uw vertrek uit het ziekenhuis.

Medicatie

- Neem uw ochtendmedicatie met een half glas water, na overleg met uw huisarts of specialist.
- Vraag aan uw huisarts en/of specialist om zo nodig uw medicatie aan te passen voor de procedure, bijvoorbeeld op tijd stoppen van bloedverdunners.
-

Roken

- Indien u rookt, mag u zeker de dag van de operatie niet meer roken.

Dag van opname

Richtlijnen voor nuchter zijn

Volwassenen

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

Kinderen

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

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?

- 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, slaapkledij.
- Breng geen waardevolle voorwerpen mee.

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

Toestemming ingreep/medische procedure onder (lokale) verdoving

In te vullen door de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger

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.

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 mij wenden tot de kasdienst (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 internist, de anesthesist en de patiënt. Dit 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 bij met vragen over de anesthesie terecht bij de dienst anesthesie (contactinfo?) voor meer uitleg. De brochures anesthesie en sedatie kan ik ook online vinden op www.sintandriestielt.be.

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.

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.

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 en 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.

Bloed en bloedproducten

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

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

Naam:

Reden:

Dit formulier wordt toegevoegd aan mijn patiëntendossier.

Opgemaakt te op/...../.....

Naam en handtekening patiënt
of wettelijk vertegenwoordiger

Naam en handtekening
internist

Naam en handtekening
anesthesist

Vragenlijst voor het onderzoek of de behandeling

Leeftijd:	Lengte:	Gewicht:
Welk onderzoek of behandeling is gepland?		

Verdoving

Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof:	Ja/nee
Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:	Ja/nee

Hart- en vaataandoeningen

Hebt u hartproblemen? Zo ja omschrijf:	Ja/nee
Hebt u last van hartritmestoornissen?	Ja/nee
Hebt u 's avonds soms last van gezwollen voeten en benen?	Ja/nee
Hebt u last van te hoge of te lage bloeddruk? Wat is uw gebruikelijke bloeddruk? /	Ja/nee
Wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk? Zo ja, is uw bloeddruk de laatste tijd goed geregeld?	Ja/nee
Hebt u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding of tandextractie lang nabloeden?	Ja/nee
Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend? Zo ja, waren er problemen?	Ja/nee
Is er sprake van pijn of een drukkend gevoel op de borst bij inspanning?	Ja/nee
Hebt u spataders?	Ja/nee
Hebt u reeds flebitis gehad?	Ja/nee
Hebt u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp?	Ja/nee

Mond en longen

Bent u vlug kortademig bij inspanning?	Ja/nee
Bent u kort van adem in rust?	Ja/nee
Is er sprake van overmatig snurken?	Ja/nee
Is het slaapapneu syndroom (OSAS) geconstateerd?	Ja/nee
Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u thuis chronische zuurstoftherapie?	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

Maag, darmen, lever en nieren

Hebt u nierproblemen of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u leverproblemen (bijv. hepatitis) of had u die vroeger? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u ooit een maagzweer gehad?	Ja/nee
Hebt u last van gastro-intestinale reflux (zuurbranden, frequent braken)?	Ja/nee

Algemeen

Bent u allergisch aan producten (bijv. latex), medicatie (bijv. antibiotica), banaan of kiwi of andere? Zo ja, aan welke stoffen en welke reactie deed zich voor?	Ja/nee
Rookt u? Zo ja, hoeveel? /dag, hoelang? jaar	Ja/nee
Gebruikt u drugs, verdovende of stimulerende middelen?	Ja/nee
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen?...../dag of/week	Ja/nee
Hoe vaak drinkt u 6 (voor vrouwen)/ 8 (voor mannen) of meer glazen alcohol per gelegenheid? O Nooit O Minder dan maandelijks O Maandelijks O Wekelijks O Dagelijks	

Bent u onlangs verkouden geweest? Hebt u onlangs (laatste maand) de griep gehad?	Ja/nee
Bent u HIV-positief (seropositief)?	Ja/nee
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 type II? (omcirkel wat juist is, indien niet gekend hoeft u niets aan te duiden)	Ja/nee
Hebt u een oogziekte en/of bent u daarvoor in behandeling? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u een spierziekte? Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Hebt u een neurologische ziekte? (verlamming, parkinson ...) Zo ja, omschrijf:	Ja/nee
Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? Zo ja, omschrijf:	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:	Ja/nee
Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?	Ja/nee

Vroegere ziekenhuisopnames

Werd u vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving Zo ja, in welk jaar en voor welke ingrepen of behandelingen?/...../.....:...../...../.....:...../...../.....:.....	Ja/nee
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

Geneesmiddelengebruik

Neemt u geneesmiddelen? Zo ja, vul dan onderstaande tabel nauwkeurig in of laat het invullen door de huisarts. Indien u verblijft in een instelling (woonzorgcentrum), voeg dan het medicatieblad van de instelling toe.

Geneesmiddel			Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname	In de zak?
Naam (noteer in drukletters)	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u			
Bijv. ASPIRINE	100 mg	Tablet	1	-	-	-	/	15/02	Ja

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

Medicatie te stoppen voor de ingreep	Hoeveel dagen vooraf?

Indien u op voorhand een raadpleging wenst met een anesthesist, dan kunt u contact opnemen met de dienst anesthesie (T 051 42 51 11).

Handtekening arts

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

Evaluatie voor het onderzoek of de behandeling ('preoperatief' onderzoek)

Geachte collega

Een goed preoperatief onderzoek en afgesproken beleid heeft diverse voordelen zoals bijv. een reductie van morbiditeit voor-tijdens-na de procedure onder narcose, een betere patiëntentevredenheid, een hogere veiligheid e.a. Daarom rekenen we graag op uw steun.

ANAMNESE

(belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst)

ASA-score			
I	II	III	IV

.....

.....

.....

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)

LAB (vul in of voeg protocol bij):

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

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

.....

Stempel huisarts

Handtekening

Datum

Stempel specialist

Handtekening

Datum

***Voor bijkomende informatie kunt u steeds terecht op
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

Parameters preoperatief	Gewicht:
	Temperatuur:
	Bloeddruk:
	Pols:
Medicatie preoperatief toegediend
Nuchter vanaf	Datum/...../..... uur:

Overige:

.....

Preoperatief klinisch onderzoek anesthesist

Mallampati:

Pulmonair:

Cardiovasculair:

Stempel anesthesist

Handtekening

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

Checklist Endoscopie

Versie Algemene verdooving/Sedatie

VOOR VERTREK NAAR ENDOSCOPIE	VERIFICATIE	VOOR ENDOSCOPIE	NA DE PROCEDURE
Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Gegevens kloppen met identificatiebandje Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Aanwezigheid van: <input type="checkbox"/> assessment internist <input type="checkbox"/> assessment anesthesist (bij anesthesie) <input type="checkbox"/> IC internist <input type="checkbox"/> IC anesthesie/analgesie/sedatie (zo relevant)	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk <input type="checkbox"/> Gegevens kloppen met identificatiebandje Heeft de patiënt onderzoek en eventueel ingreep bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet mogelijk Is de patiënt allergisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Is de relevante medicatie nagevraagd en nagelaten? (bloedverdunners, insuline ...) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Antibioticoprofylaxe werd gegeven < 60 min vóór onderzoek <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Op welke potentiële kritieke gebeurtenissen moeten we anticiperen? > VOOR DE ENDOSCOPIST <input type="checkbox"/> mogelijke endoscopische problemen/niet routine procedure? <input type="checkbox"/> onderzoeksduur? > VOOR DE ANESTHESIST (bij anesthesie) <input type="checkbox"/> patiëntspecifieke aandachtspunten > VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE <input type="checkbox"/> opmerkingen over toestellen of hulpmiddelen	Ur: De verpleegkundige beschrijft de stalen en leest de naam van de patiënt luidop. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> correcte en volledige documentatie van de endoscopische procedure in het patiëntendossier wordt bevestigd <input type="checkbox"/> Sleuteltopics en post-endoscopiebeleid worden overlopen en gedocumenteerd <input checked="" type="checkbox"/> Postprocedure AB-beleid <input checked="" type="checkbox"/> Pijnbeleid <input checked="" type="checkbox"/> Al dan niet voeding/drinken <input checked="" type="checkbox"/> Ontslagbeleid
PATIËNTEN ETIKET			
Paraf: verantwoordelijk vpk afdeling: Paraf: verpleegkundige beddenhuis/poli: Paraf: verpleegkundige: Paraf: internist: Paraf: anesthesist (bij anesthesie):	Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Indien ja: aangepast materiaal beschikbaar in het relevante endoscopiemateriaal beschikbaar in de endoscopiezaal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Steriliteit instrumentarium werd bevestigd (indicator in orde?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Aanwezigheid nodige apparatuur / implantaten werden gecontroleerd en bevestigd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	Is er een verhoogd risico op aspiratie of moeilijke intubatie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja Werd de relevante medicatie gecontroleerd? <input type="checkbox"/> Ja Werd de saturatiemeter aangebracht en functioneert hij? <input type="checkbox"/> Ja	T I M E Ur time out: <input type="checkbox"/> Alle teamleden hebben zichzelf voorgesteld met naam en functie <input type="checkbox"/> Naam en geboortedatum patiënt wordt voorgelezen en bevestigd. <input type="checkbox"/> Type onderzoek wordt benoemd en bevestigd.
Locatie: Procedure: Datum:			

CATHETER:	CENTR. VEN. LIJN:	CAPNOMETRIE	MAAGSONDE	HOT LINE:	
ART. LIJN:		O ₂ - SATURATIE	BLAASSONDE PUBISCHE SONDE	THERM.	B.H.

ALGEMENE					
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	Moeilijk			

LOCO-REGIONALE

	Epidurale	Spinale	Sequentiële	Caudaal block		Axillair block	Ischiadicus block	Femoraal block	Plaats			Catheter			Resultaat					
				Popliteaal block	Interscaleen bl.	Polsblock														
LOC-AN.	CHIROCAÏNE																			
	NAROPIN																			
	SCANDI																			
	XYLO																			
	MARCAÏNE																			
ANESTHETICA	ATROPINE																			
	EPHEDRINE																			
	DORMICUM																			
	DIPRIVAN B																			
	TCI																			
	NIM/MIV/ESM																			
	RAPIFEN																			
	SUFENTA																			
	ULTIVA CI																			
	O ₂																			
	N ₂ O																			
	SEVO																			
INFUUS	1																			
	2																			
	3																			
BLOEDVERLIES																				
URINEDEBIET																				
ADEM- HA- LING	Spont.																			
	Gecont.																			
TIJD		15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45
RR [^] v	220																			
POLS	200																			
START AN X	180																			
START OP O	160																			
EIND AN ⊗	140																			
	120																			
	100																			
	80																			
INT <input type="checkbox"/>	60																			
EXT <input checked="" type="checkbox"/>	40																			
LIGGING																				
O ₂ SAT																				
pETCO ₂																				
CVD																				
TEMPERATUUR																				

PER-OPERATIEVE OPMERKINGEN

Antibioticaprofylaxe: uur: initialen:

AANDACHTSPUNTEN PREOP	PATIËNTENGEGEVENS
NUCHTER vanaf: _____ uur	
ALLERGIE	
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (zie intakedossier)	
PONV (POSTOPERATIEF NAUSEA EN MISSELIJKHEID)	
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	

INGREEP

Ingrep: Chirurg: Dr.

PEROPERATIEF

ANESTHESIST: DR. DE BAERE/ DR. CUYPERS / DR. HUYSENTRUYT/ DR. LAPORTE/ DR. MEESE/ DR. ROUSSEAU/ DR. SCHOTTE / DR. VINCKIER /

ANESTHESIE: ETT/LM/O²-masker

SAMENVATTING (MEDICATIE + UUR TOEDIENING)

PIJNBELEID (recovery en postoperatief op verblijfsafdeling)

Paracetamol 4 x 1g IV
Contramal 100 mg + 1 Amp litican 3x
Brufen 600 mg 2x

ZORGPLAN POSTOPERATIEF (verblijfsafdelingen)

Operatieverslag: Bijgevoegd zie MDO

ZORGPAD JA NEE

INFUUSTHERAPIE:

<input type="checkbox"/> Plasmalyte.....L /24u	<input type="checkbox"/> Voeding: <input type="radio"/> Drinken vanaf.....u
<input type="checkbox"/> GlucionL /24u	<input type="radio"/> NPO
<input type="checkbox"/> Rest peroperatieve vloeistof tot uit en daarna stop	<input type="checkbox"/> Glycemiecontrole + toepassing insulineschema 1
<input type="checkbox"/>L /24u	<input type="checkbox"/> Zuurstoftherapie:LO ₂ /min
	<input type="checkbox"/> Ijstherapie

Paraaf arts

uur	RR	HF	O2 sat	infuus	pijn	Medicatie & opmerkingen	par.
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							
:00							
:15							
:30							
:45							

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

ONTSLAG	
Ontslagcriteria ('Fast Track'-criteria) om te bepalen wanneer pt. naar afdeling kan getransfereerd worden	
De score moet ≥ 12 op 14 met voor geen enkel punt een score < 1 .	
Graad van bewustzijn	
<input type="checkbox"/> Wakker en georiënteerd	2
<input type="checkbox"/> Wekbaar door lichte stimulatie	1
<input type="checkbox"/> Reageert enkel op tactiele stimulatie	0
Fysische activiteit	
<input type="checkbox"/> Kan alle ledematen bewegen op bevel	2
<input type="checkbox"/> Lichte zwakte in de beweging van de ledematen	1
<input type="checkbox"/> Is niet in staat ledematen spontaan te bewegen	0
Hemodynamische stabiliteit	
<input type="checkbox"/> Bloeddruk $< 15\%$ verschil (+ of -) van de pre-operatieve waarde	2
<input type="checkbox"/> Bloeddruk 15 à 30% verschil	1
<input type="checkbox"/> Bloeddruk $> 30\%$ verschil	0
Respiratoire stabiliteit	
<input type="checkbox"/> Kan diep ademhalen	2
<input type="checkbox"/> Snelle ademhaling met goede hoest	1
<input type="checkbox"/> Belemmerde ademhaling met slappe hoest	0
Zuurstofsaturatie	
<input type="checkbox"/> Luchtademhaling en saturatie $> 90\%$	2
<input type="checkbox"/> Heeft supplementaire zuurstof nodig	1
<input type="checkbox"/> Saturatie $< 90\%$ met zuurstof	0
Postoperatieve pijn	
<input type="checkbox"/> Geen of mild ongemak	2
<input type="checkbox"/> Middelmatige tot hevige pijn onder controle met IV analgetica	1
<input type="checkbox"/> Blijvende hevige pijn	0
Postoperatief braken en misselijkheid	
<input type="checkbox"/> Geen of milde nausea zonder braken	2
<input type="checkbox"/> Voorbijgaand braken of wurgen	1
<input type="checkbox"/> Aanhoudend matige tot hevige nausea en braken	0
TO-	/14
TAAL	

Transfer van afdeling (A)naar afdeling (B).....op/...../..... omstreeksuur	
Naam en handtekening verpleegkundige recovery	Naam en handtekening verpleegkundige verblijfsafdeling

VERPLEEGPLANNING Plannen = omcirkelen		Herplannen = oude planning door kruisen		Uitgevoerd = paraaf		Stoppen = //	
HYG	Aanbrengen van: DA uurs / TED -kousen	DA		TED			
MOBILITEIT	INSTALLEREN VAN DE PATIENT						
	BE geleiding (arm aanbieden) (C120)			BE			
	Gedeelt. hulp: VP k. / GL ijdlaken	VP		GL			
	Volledige hulp: VP k. / GL ijdlaken / TR ansferbord	VP	GL	TR			
	VERPLAATSEN BINNEN DE AFDELING OF KAMER (C200)						
	Begeleiding AR m aanbieden			AR			
URINAIR	Volledige hulp: BE d / RO lstoel	BE		RO			
	AANWEZIGHEID TRACTIE IG ORTHOPEDISCHE REDEN (C400)	Gewicht tractie:					
	ZE lfstandig			ZE			
	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)			JA			
	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : UR inaal / BE dpan / LU ier / ON derlegger (B220 - 230)	UR	BE	LU	ON		
	Opvolging mictie (kleur, geur, freq., volume)? (B210)			JA			
URINAIR	Pt. heeft een VS of SPS : Uitw. Zorg / LE digen / BL aasspoeling / AF klemmen /	UZ	LE	BL	AF		
	Vervangen Collector / Controle Ballon / VerWijderen (B250)	VC	CB	VW			
	VS PL aatsen / verNieuwen (B300)	PL		NI			
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZAK je vervangen (B240)	LE	PL	ZA			
	ZE lfstandig			ZE			
	Pt. is INCONTINENT (B230) (zie ook gebruik hulpmiddel)			JA			
FEECAAL	→ GEBRUIK HULPMIDDEL : BE dpan / LU ier / ON derlegger (B420 - 430)	BE	LU	ON			
	Opvolging defecatie (kleur, consist., freq.)? (B410)			JA			
	Plaatsen Rectale Sonde			RS			
	Stoma : LE digen / PL akplaat of ZAK je vervangen (B440)	LE	PL	ZA			
	NUCHTER gedurende ganse periode op recovery (D130)			NUCHTER			
	Pt. krijgt TPN : (D400)			TPN			
MS	Pt. heeft MS / GastroStomie / JejunoStomie (G200)	MS	GS	JS			
	→ Controle Positie / DE cutibuspreventie neus / Controle Afvloe i / Controle Vacu um	CP	DE	CA	CV		
ADEMHALING	ASPIRATIE VAN DE LUCHTWEGEN (K100)						
	→ Via: MO nd / NE us / TR acheacanule / Endotracheale Tube	MO	NE	TR	ET		
	ONDERSTEUNING ADEMHALINGSFUNCTIE (K200)						
ADEMHALING	O₂therapie aantal liter O ₂	Zie parameterblad					
	→ Via: MA sker / NeusBril / LA rynxmasker / TR acheacanule / MAYO -canule / ET / AM bu	MA	NB	LA	TR	MAYO	ET
ISOLATIE	BIJKOMENDE HYGIENISCHE VOORZORGSMAATREGELEN (V600) (zie TP HYG/ 007)						
	Contact / C+ (MRSA) / Druppel / Aerogeen /	C	C+	D	A	...	
	HA ndschoenen / OV erschort / MA sker / EE ndebekmasker / maat RE gelen afval, linnen, materiaal,.... Bijkomende inf	HA	OV	MA	EE	RE	
ONDERST.	Naam medische handeling (Z200)	TE		CE			
	Informeren van de patiënt? ivm.: ME dicatie, verZO rging, ToeS tand, AP paratuur,.... (S100)	ME	ZO	TS	AP		
ONDERST.	Basisondersteuning patiënt (R110)						
	Toestand patiënt : AN gstig / ON rustig / beDR oefd / AG ressief / AnDere	AN	ON	DR	AG	AD	
	Actie : GE sprek / LU isteren / TR oosten / ON dersteunen / HO op	GE	LU	TR	ON	HO	
CONTACT MET ANDERE INSTELLING (Z400)		Naam instelling					
TOEDIENING BLOED EN BLOEDDERIVATEN (noteer ook aantal gegeven zakjes of eenheden) (N100)							
<input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (EC) <input type="checkbox"/> Trombocyten <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Immunoglobulines <input type="checkbox"/> Stollingsfactoren <input type="checkbox"/> Stamcellen							
BLOEDAFNAMES (noteer ook hoeveel bloedafnames) (N300 N400 N500)							
<input type="checkbox"/> capillair <input type="checkbox"/> veneus <input type="checkbox"/> arterieel <input type="checkbox"/> poortsysteem							

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be