

Patiëntenvignet

Dit document is bedoeld om alle nodige informatie te verzamelen om u veilig door de geplande procedure te leiden. Gelieve de vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en op advies contact op te nemen met uw huisarts om het boekje te vervolledigen.

Breng dit document bij elke raadpleging of elk onderzoek voorafgaand aan uw procedure mee. Gelieve ook elke verandering of aanpassing aan uw gezondheidstoestand of medicatie steeds mee te delen aan de behandelende arts en/of anesthesist.

1. IN TE VULLEN DOOR BEHANDELEND ARTS

Arts:

Diagnose:

Geplande procedure: Zijde: Links Rechts

Bloedingsrisico of ernst van de bloedingscomplicatie: Laag Hoog

Anticoebeleid (cf. protocol LMN: [perioperatief beleid antitrombotica/anticoagulantia of www.thromboscicare.be](#))

Geplande datum:/...../..... voor opname op:/...../.....

Opname: Ambulant Dagziekenhuis Hospitalisatie

Specifieke aandachtspunten voor zorgverleners:

Contactgegevens dienst anesthesiologie

campus Sint-Jan

Telefoon: 050/45 21 93 - Fax: 050/45 24 49

Email: operatiekwartier.brugge@azsintjan.be

Locatie: secretariaat intensieve / anesthesie, 4de verdieping

campus Henri Serruys

Telefoon: 059/55 50 13 (secretariaat) – 059/55 50 48 (verpleegkundige)

Email: preopnameconsultatie.oostende@azsintjan.be

Locatie: secretariaat preopname consultatie, gelijkvloers, route 134

2. VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

Deze vragenlijst werd opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande ingreep of onderzoek in kaart te brengen en maakt deel uit van het preoperatief traject. Deze informatie wordt uiteraard **vertrouwelijk** behandeld. Indien u dit wenst, kan u persoonlijk een anesthesist zien. U kan de vragenlijst ook doornemen met de huisarts indien u dit wenst.

1. Algemeen:

Leeftijd: Lichaamsgewicht: Lengte:

2. Bent u allergisch voor:

Ja – neen Kleefpleisters

Ja – neen Latex

Ja – neen Medicatie. Zo ja, welke?

Ja – neen Andere?

3. Hebt u...?

Ja – neen Losstaande tanden?

Ja – neen Stifttanden / vals gebit / implantaten

Ja – neen Pacemaker / defibrillator / neurostimulator/ deep brain stimulator/ SC-insulinepomp (OMCIRCEL)

4. Gewoontes

Ja – neen¹ Rookt u? Zo ja, hoeveel?/dag, gedurende jaar

Ja – neen Bent u gestopt met roken? Zo ja, sinds

Ja – neen¹ Gebruikt u alcohol? Zo ja, glazen / week

Ja – neen¹ Gebruikt u drugs? Zo ja, welke Frequentie?

¹ Bij gebruik van elk genotsmiddel kunnen ten gevolge van sedatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken, moet de behandelende arts en/of de anesthesist volledig ingelicht worden over wat u gebruikt.

5. Ademhaling

Ja – neen Snurkt u?

Ja – neen Lijdt u aan slaap apnoe syndroom?

Ja – neen Gebruikt u een CPAP masker om te slapen? (meebrengen dag van de ingreep/procedure)

6. Heelkundige voorgeschiedenis
 Ja – neen Werd u al eerder geopereerd? Zo ja, waarvoor?

 Ja – neen Deden er zich problemen voor i.v.m. verdoving, zoals misselijkheid, braken, pijn, verwardheid?
 Zo ja, welke?.....
7. Familiaal
 Ja – neen Heeft u of iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie/verdoving?
 Zo ja, welke problemen?.....

8. Lijdt u aan één van volgende ziektes Ja – neen

| | |
|--|---|
| Longziekte? Zo ja, welke? | Ziekte van de schildklier? Zo ja, welke? |
| Hartziekte? Zo ja, welke? Hoge bloeddruk? | Suikerziekte? |
| Nierziekte of ziekte van het urinair stelsel? Zo ja, welke? | Reuma? |
| Maag-, darm-, of leverziekte? Zo ja, welke? | Hebt u een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke? |
| Zenuw- of hersenziekte? Zo ja, welke? | Andere? |

9. Bloedstolling

- Ja – neen Hebt u gemakkelijk blauwe plekken? Hebt u last van bloedend tandvlees? Hebt u ooit een arts moeten raadplegen voor een neusbloeding? Hebt u last van hevige menstruaties?
- Ja – neen Hebt u hevig gebloed na ongeval / operatie / tandextractie?
- Ja – neen Hebt u een gekende stollingsziekte of stollingsziekte in de familie?
 Zo ja, welke?

10. Enkel voor vrouwen

- Ja – neen Bent u mogelijk zwanger?

11. Wenst u nog iets te vermelden?

Eén van de belangrijke aandachtspunten voor u een ingreep, onderzoek of behandeling ondergaat, zijn de geneesmiddelen die u thuis neemt. Vandaar onze vraag, neemt u thuismedicatie? Zo ja, gelieve het medicatieschema (tabel 1) op blz. 4 in te vullen.

3. INSTRUCTIES VOOR DE PATIËNT

1. Nuchtertijden

- Een beperkte hoeveelheid plat water mag tot 2 uur voor de procedure
- Andere dranken en vaste voeding mag tot 6 uur voor de procedure

2. Richtlijnen i.v.m. tijdelijk verblijf in het ziekenhuis

Het is niet toegelaten dat u de eerste 24 uur na de procedure een auto, fiets of bromfiets bestuurt. U mag het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding en moet de richtlijnen van een arts over de nazorg thuis opvolgen. Het is aangeraden dat er de eerste 24 uur na ontslag een volwassene thuis aanwezig is. U nuttigt best geen alcoholische dranken tot 24 uur na de sedatie.

3. Hygiënische richtlijnen

Een goede lichaamshygiëne vermindert het risico op infecties. Enkele aandachtspunten:

- Was u grondig (best onder de douche) de dag voor de procedure. Tenzij uw behandelende arts andere instructies geeft, volstaat gewone zeep.
- Poets zeker uw tanden. Een antiseptische mondspoeling wordt sterk aangeraden.
- Zorg dat nagels van vingers en tenen kort en proper zijn, vrij van nagellak en kunstnagels (bij voorkeur te verwijderen op voorhand).
- Breng de ochtend van de ingreep geen bodylotion, dagcrème of schmink aan.
- Waardevolle voorwerpen laat u best thuis.
- Rookstop dag voor de procedure is aan te raden.

4. Gelieve mee te brengen:

- Identiteitskaart
- Bloedgroepkaart en allergiekaart
- Dit sedatiedocument
- Gegevens hospitalisatieverzekering

5. Richtlijnen i.v.m. uw medicatie

U moet alle medicatie innemen tot en met de ochtend van de procedure met een klein slokje water, **behalve** de medicatie uit **tabel 2 op blz. 4**.

4. TOESTEMMINGSVERKLARING VOOR PROCEDURELE SEDATIE

1. Ik heb de vragenlijst gelezen, begrepen en waarheidsgetrouw ingevuld en indien gewenst, heb ik verduidelijking gekregen van de anesthesist.
2. Ik bevestig dat ik informatie heb gekregen via de informatiebrochure en op de vooropname eenheid over de voorgestelde sedatietechnieken en dat ik geïnformeerd ben over de voordelen en de mogelijke risico's van de verschillende technieken alsook de alternatieven.
3. Ik geef aan de behandelend geneesheer of anesthesist de toestemming om een sedatie te verrichten of elke andere medische akte uit te voeren nodig voor mijn veiligheid.
4. Ik begrijp dat het type van sedatie gewijzigd kan worden zonder mijn medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn. Ik begrijp dat zeldzame verwikkelingen kunnen optreden bij elke sedatiemethode.
5. Ernstige, zeldzame verwikkelingen zijn: hart- en ademhalingsproblemen, ernstige allergische reacties, oogzenuw- en hersenschade en overlijden. Andere mogelijke verwikkelingen afhankelijk van het type sedatie, omvatten: schade aan de tanden en de lippen, misselijkheid, braken en duizeligheid. Tijdelijk van aard kan er troebel zicht, geheugenstoornissen en verwardheid optreden.
6. Ik verbind mij ertoe de instructies betreffende nuchter zijn, hygiëne en thuismedicatie nauwgezet te volgen.
7. Ik zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding. Ik zal de richtlijnen van de arts en de verpleegkundige over de nazorg thuis opvolgen. Ik begrijp dat het aanbevolen is dat er de eerste 24 uur na mijn sedatie een volwassene thuis aanwezig dient te zijn.
8. Ik verklaar hierbij dat mijn gegevens op anonieme wijze verwerkt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek (**indien niet akkoord, schrap deze zin en plaats hiernaast uw handtekening**).....
9. Ik verklaar hierbij dat bloedproducten mogen toegediend worden indien nodig (**indien niet akkoord, schrap deze zin en u dient verplicht op consultatie te komen bij de anesthesist voor bijkomende verklaring te ondertekenen**).....

GELEZEN EN GOEDGEKEURD

| | |
|---|--|
| Patiënt / wettelijk verantwoordelijke (naam, datum & handtekening) | Behandeld arts / Anesthesist (stempel en handtekening) |
|---|--|

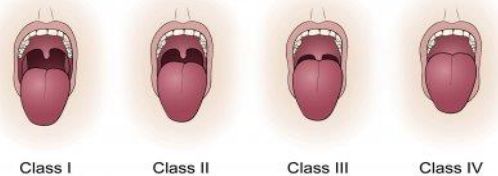
5. PRESEDATIE ONDERZOEK IN TE VULLEN DOOR BEHANDELEND ARTS

1. Relevante medische en heelkundige voorgeschiedenis (of uitprint medisch dossier):
.....
.....
.....
.....
.....
2. Anamnese (bevraag cardiale symptomen/alcohol/bloedingrisico/allergie/...):
.....
.....
.....
.....
.....

| |
|--|
| VERANTWOORELIJKE ARTS SEDATIE: HANDEKENING: |
|--|

3. Klinisch onderzoek:

Gewicht: Lengte: BMI:
Bloeddruk: Pols: Hart-long ausc.:
Andere:



Mallampati-score **omcirkelen op afbeelding** (KO in zithouding, tong zover mogelijk uit – zonder AA te zeggen)

4. ASA-classificatie omcirkelen: I II III IV (zie bijgevoegd formulier "Richtlijnen voor de arts" bijlage 2)
(ASA III en IV: graag recentste verwijsbrief specialist bijvoegen)

5. Soort procedure: Mineur Intermediair Majeur (zie "Richtlijnen voor de arts" bijlage 1 of app KCE)

6. RICHTLIJNEN VOOR DE PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN UIT TE VOEREN DOOR DE HUISARTS/V.O.E KAN VIA FORMULIER "RICHTLIJNEN VOOR DE ARTS" OF VIA DE LINK: <http://www.kgbn-habo.be/praktijkwerking/documenten%20praktijkwerking> OF VIA DE APP/WEBSITE "KCE"
 STEEK DE NODIGE DOCUMENTEN (LABO – EKG - EVT. VERWIJBSBRIEVEN) TUSSEN DEZE PAGINA'S.

7. ONTSLAGCRITERIA (zie sedatieverslag)

- Post-Anesthesie Recovery (PAR) score volgens ALDRETE.
- A. Spieractiviteit
 - 2. Kan alle ledematen spontaan of op commando bewegen
 - 1. Kan 2 ledematen spontaan of op commando bewegen
 - 0. Geen actieve beweging mogelijk
 - B. Ademhaling
 - 2. Kan diep zuchten en adequaat ophoesten
 - 1. Ademt moeizaam, is kortademig
 - 0. Apnoe
 - C. Circulatie
 - 2. BD < 20% boven of onder preoperatieve waarde
 - 1. Bloeddruk tussen 20% en 50% boven of onder preoperatieve waarde
 - 0. Meer dan 50% afwijkend van preoperatieve waarde
 - D. Bewustzijn (disability)
 - 2. Volledig wakker en georiënteerd
 - 1. Alleen wekbaar op aanspreken
 - 0. Niet wekbaar
 - E. Zuurstofsaturatie
 - 2. Saturatie > 92% bij kamerlucht
 - 1. Saturatie > 90% met toediening van extra zuurstof
 - 0. Saturatie < 90% met toediening van extra zuurstof

Score 9 of 10/10: ontslag
 Score 7 of 8/10: herevaluatie na 30'
 Score < 7/10: continue monitoring tot patiënt stabiel is

MEDICATIESCHEMA'S (of uitprint)

Tabel 1: Thuismedicatie patiënt door patiënt in te vullen en aan te vullen door de behandelend arts.

| | Vorm | Dosis in mg of ml | Posologie | Tijdstip inname |
|---------------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------------|
| Voorbeeld: Paracetamol | Tabletten | 500 mg | 3x 1/d | 8u – 12u – 20u |
| Voorbeeld: Duovent | Puffer | 0.020mgr/0.050mgr | 2x 2/d | 8u – 20u |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Denk ook aan bloedverdunners, geneesmiddelen voor 'suiker', slaappillen, pijnstillers, puffers, medicatiepleisters, oogdruppels, hormonale preparaten, iets tegen maagklachten, spuiten, zalven, vitaminen en/of andere voedingssupplementen, geneeskrachtige kruiden, homeopatische middelen...

Tabel 2: Medicatie die op voorhand dient gestopt te worden en eventueel vervangen worden door

Datum ingreep:/...../.....

| Geneesmiddel + dosis + vorm + posologie | Datum + tijdstip laatste inname | Eventueel vervangen door | Datum + tijdstip |
|---|---------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Protocol tot stand gekomen door een samenwerking tussen HABO vzw, HAK Middenkust, HIJW, AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, AZ Sint-Lucas, AZ Damiaan, AZ Zeno & AZ SAV.