



Peri-operatief Samenwerkingsdocument

Naam:

Adres:

.....

Geboortedatum:.....

Beroep:

Telefoonnummer of GSM:

Naam verwante:

Telefoonnummer of GSM:

Huisarts:.....

Ziekenhuis:.....

Chirurg:

Anesthesist:.....

Datum opname:

Ik wens wel / niet* op de hoogte gebracht te worden van de datum en het uur van de heelkundige ingreep.

Handtekening huisarts

*Doorhalen wat niet past

Voor een optimaal gebruik van dit samenwerkingsdocument vragen we aan:

- 1 De huisarts:**
De originele technische onderzoeken (bloed, EKG, ...) toe te voegen aan dit document en aan de patiënt mee te geven.
- 2 De behandelende specialisten:**
Bij ontslag dit document ingevuld mee te geven aan de patiënt.
- 3 De patiënt:**
Na ontslag dit document aan de huisarts ten gepaste tijde terug te bezorgen ter vollediging van zijn dossier.

CHRONISCHE AANDOENINGEN

.....
.....
.....

KLINISCH ONDERZOEK

Gewicht:..... kg Lengte:..... Alg. voedingstoestand (BMI):..... Middelomtrek:.....

Huidaandoeningen:

Aanwezigheid lymfonodi: Schildklier:

Longauscultatie:.....

Hartauscultatie: Carotis:

Pols:..... Bloeddruk: Li: Perifere arteriën:

Re:

Oedemen:Varices: Circulatiestoornissen:.....

Abdomen (lever, milt, percussie, ..):.....

Mobiliteit hals en mandibula:..... Gebit, losse tanden, prothesen:.....

Mogelijkheid om mond volledig te openen:.....

Contactlenzen:

Psychosociale toestand:.....

Andere bevindingen:

MEDICATIE

Medicatiefiche*	's morgens	's middags	's avonds	voor het slapengaan
chronische medicatie				
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* inclusief natuurproducten, magistrale bereidingen, anticonceptiva, oog- en neusdruppels

BEMERKINGEN

.....
.....
.....

SYNTHESETABEL: preoperatieve onderzoeken

	ASA I	ASA II	ASA III
		Steeds het cardiale risico bepalen (zie Cardiale Risicofactoren)	
ECG	Routine > 50 jaar	> 50 jaar of bij cardiovasculaire ziekte, nierziekte of longaandoening, bepaalde geneesmiddelen (1)	
RX thorax	Niet in routine	Bij nier- of cardiovasculaire ziekte, acute en chronische longaandoening	
Cofo (= Complete formule = hemoglobine, witte bloedcellen + bloedplaatjes)	Vermoeden van anemie, recent bloedverlies	Vermoeden van anemie, recent bloedverlies, nierziekte	
Hemostasis (PPT, aPPT en fibronogeen)	Algemene anesthesie: Geen routine indicatie	Algemene anesthesie: Geen routine indicatie	Routine bij nierziekte en bij intermediaire of majeure chirurgie
	Loco-regionale anesthesie: geen routine indicatie	Loco-regionale anesthesie: Nier- of leverziekte, alcoholisme	
Nierfunctie, K, Na+	Routine > 60 jaar	> 60 jaar en klinische indicatie (2)	
Glycemie	Routine bij obesitas (BMI > 30)	Obesitas, diabetes, nierziekte, bepaalde geneesmiddelen (zoals corticosteroiden)	
Urine analyse	Urogenitale chirurgie of plaatsen heupprothese		

- (1) neuroleptica, tricyclische antidepressiva, cardiale glycosiden, antiaritmica, cardiotoxische chemotherapie, antracyclines
 (2) bij minimaal invasieve chirurgie of intermediaire chirurgie in de volgende klinische omstandigheden: nierziekte, bij gebruik van bepaalde geneesmiddelen (laxerende middelen, diuretica) of bij majeure chirurgie: bij nierziekte of cardiovasculaire aandoening, bepaalde geneesmiddelen (laxerende middelen, diuretica), COPD, diabetes en ernstige hypertensie

Opmerkingen:

- 1 Geldigheid van de onderzoeken: 6 maanden tenzij wijziging van kliniek.
- 2 De Preop Flowchart downloaden op: [www.riziv.fgov.be>zorgverleners>geneesheren>kwaliteitspromotie>feedback preoperatieve onderzoeken](http://www.riziv.fgov.be/zorgverleners/geneesheren/kwaliteitspromotie/feedback-preoperatieve-onderzoeken).

Besluit: omcirkel op onderstaande schaal

ASA-classificatie (wereldwijd gebruikte classificatie voor preoperatieve onderzoeken)

- I patiënt zonder lichamelijke of psychische aandoeningen behalve die waarvoor hij geopereerd wordt
- II patiënt met geringe systeemaandoeningen zonder functionele beperkingen (bv. chronische bronchitis, milde obesitas, door dieet goed geregelde diabetes, oud myocardinfarct, matige hypertensie)
- III patiënt met ernstige systeemaandoeningen met beperking van de normale activiteit
- IV patiënt met systeemaandoeningen die levensbedreigend zijn
- V stervende patiënt, van wie verwacht kan worden dat hij binnen de 24 uur met of zonder operatie zal overlijden

PER- EN POSTOPERATIEF VERLOOP

- 1** Datum en uur ingreep:.....
Datum en uur ontslag:

2 Mededeling chirurg

Type ingreep:

Peroperatief verloop:

Postoperatief verloop:

Aandachtspunten voor follow-up postoperatief:

.....
.....
.....

Trombosepreventie:

Starten anticoagulerende medicatie:

.....
.....

Aandachtspunten voor toekomstige heelkundige ingrepen:

.....

Handtekening

3 Mededeling anesthesist

Type anesthesie:

Per- en postoperatief verloop:

Aandachtspunten voor follow-up postoperatief (pijnstilling,...):

.....

Herstarten habituele medicatie:

.....

Aandachtspunten voor toekomstige anesthesie:.....

.....

Handtekening

Gelieve steeds de originele documenten mee te geven (EKG, biologie, RX,...)



AZ Maria Middelaers

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ondergetekende:

Adres:

geeft hierbij de toelating aan de behandelende artsen de chirurgische ingreep/het onderzoek en de verdoving die zij hiervoor nodig achten te laten verrichten.

Ik kreeg voldoende informatie omtrent mijn opname en mijn ingreep en ik verbind mij ertoe alle pre-operatieve en postoperatieve richtlijnen strikt na te leven.

Ik heb zorgvuldig de preoperatieve vragenlijst ingevuld en alle vragen goed begrepen.

Ik verbind mij ertoe volgende aanbevelingen nauwgezet te volgen en ik ben verwittigd van de risico's die verbonden zijn aan het niet naleven ervan.

- 1) a) Ik blijf volledig nuchter: verboden te eten, te drinken of te roken vanaf middernacht de avond voor de ingreep.
b) Ik kreeg de toelating van de chirurg of behandelende arts.....
te eten (wat en hoe laat?).....
te drinken (wat en hoe laat?)
- 2) Ik neem enkel die geneesmiddelen in die specifiek door de arts worden voorgeschreven en dit tot 24 uur na de ingreep.
- 3) Ik bestuur geen voertuig (auto, fiets, motor) en bedien geen machines de eerste 24 uur na de verdoving.
- 4) Ik nuttig geen alcoholische dranken tot 24 uur na de verdoving.
- 5) Ik teken geen documenten, vooral van wettelijke aard, en neem geen belangrijke beslissingen gedurende 24 uur na de ingreep.
- 6) Ik ga niet op eigen kracht naar huis maar laat mij begeleiden bij het ontslag uit het ziekenhuis door een verantwoordelijke persoon. Mijn begeleider is (naam en voornaam):
.....
en is bereikbaar op het telefoonnummer
- 7) Ik zorg ervoor gedurende de eerste 24 uur na de behandeling onder toezicht te staan van een verantwoordelijk persoon.
- 8) Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis indien dit door onvoorziene omstandigheden nodig mocht blijken.

Gelezen en goedgekeurd

Datum: / /

Handtekening:



AZ Maria Middelaers



VRAGENLIJST

(Door de patiënt in te vullen
en samen met de huisarts te overlopen)

Naam:
Voornaam:
Adres:
.....
Geboortedatum:

- Voor welke operatie wordt u nu opgenomen?
- Indien van toepassing: gebeurt de operatie links of rechts (bv. heupprothese links) links rechts
- Heeft u reeds een anesthesie (verdooving) gehad? neen ja
- Zo ja voor welke ingreep en wanneer?
- Welke soort verdooving? (omcirkel) algemene gedeeltelijke plaatselijke
- Deden zich problemen voor tijdens de verdooving of na de operatie met
- de ademhaling? neen ja
- braken? neen ja
- bloedverlies? neen ja
- ritmestoornissen (hart)? neen ja
- andere? neen ja
- Waren er in de familie ernstige moeilijkheden bij de verdooving? neen ja
- Zo ja, welke?
- Had u reeds een bloedtransfusie? neen ja
- Zo ja, deden er zich moeilijkheden voor?
- Was u slachtoffer van een ernstig ongeval? neen ja
- Zo ja, beschrijf:
-
- Rookt u? neen ja
- Zo ja, hoeveel per dag? sigaretten sigaren pijpen
- Gebruikt u regelmatig alcohol? neen ja
- Soort(en)?
- Hoeveel per dag of per week?
- Gebruikt u drugs? neen ja
- Soort(en): Hoe frequent?
- Neemt u kalmeermiddelen of slaapmiddelen? neen ja
- Welke? Hoe frequent?
- Neemt u pijnstillers? neen ja
- Welke? Hoe frequent?
- Is u overgevoelig voor bepaalde stoffen? neen ja
- Welke?
- Is u allergisch voor geneesmiddelen, pleisters, ontsmetting, latex? neen ja
- Welke?
- Bloedt u lang (bv. bij het trekken van een tand)? neen ja
- Vertoont u gemakkelijk blauwe plekken? neen ja

Neemt u bloedverduunners of aspirines?..... neen ja

Zo ja, welke?

Lijdt of leed u aan één van de volgende ziekten? Specificeer de aandoening en de periode.

hartziekte (aanwezigheid pacemaker)..... neen ja

hoge bloeddruk neen ja

longziekte neen ja

maag- of darmziekte..... neen ja

spier- en gewrichtsziekte..... neen ja

maligne hyperthermie neen ja

epilepsie neen ja

suikerziekte neen ja

schildklierziekte neen ja

huidziekte neen ja

zenuwaandoening..... neen ja

depressie neen ja

ruggemergletsel..... neen ja

infecties neen ja

oogziekte (o.a. glaucoom) neen ja

Draagt u

valse tanden, een bridge, ...? neen ja

contactlenzen? neen ja

hoorapparaat? neen ja

Doet u aan sport?

Vertoont u klachten bij inspanningen?..... neen ja

Voelt u zich ziek?.....

Zijn er zieken in uw omgeving (bv. geelzucht)?..... neen ja

Welke geneesmiddelen neemt of nam u de laatste week?

.....

.....

Nam u de laatste zes maanden cortisone (spuiten of pillen? neen ja

Enkel voor vrouwelijke patiënten:

Aantal zwangerschappen, bevallingen en miskramen:.....

Datum laatste regels:

Datum: / /

Handtekening:



AZ Maria Middelaers