



Patiëntenboekje voor operatie of procedure onder anesthesie

PATIËNTENKLEVER

Dit preoperatief patiëntenboekje kwam tot stand in samenwerking met de volgende huisartsenverenigingen:



INHOUD

Info door de behandelend arts	Pag. 4 en 5
Toestemmingsformulieren	Pag.6 en 7
Vragenlijst	Pag. 8,9 en 10
Medicatielijst	Pag .11
Klinisch onderzoek door de huisarts	Pag. 12 en 13
Medicatiebeleid	Pag. 14
Checklist voor de verpleegafdeling bij opname	Pag. 15

Beste patiënt

In dit patiëntenboekje vindt u alle informatie en formulieren die voor uw operatie of procedure onder anesthesie moeten ingevuld worden. Om dit vlot te laten doorgaan, moet dit gebeuren vóór uw opname.

Gelieve de vragenlijst op pag. 8, 9 en 10 en de medicatielijst pag. 11 in te vullen.

Ga zeker een tweetal weken vóór de geplande ingreep langs bij uw huisarts.

Als u **BLOEDVERDUNNERS** neemt of **ALLERGISCH** bent, gelieve dit te melden aan uw arts.

Voor verdere informatie of vragen, of indien u op voorhand een raadpleging wenst bij een anesthesist, kan u contact opnemen met de dienst voorbereiding opname of met het secretariaat anesthesie.

Dienst voorbereiding opname

Campus Wilgenstraat

Wilgenstraat 2
8800 Roeselare
051 23 72 55

Campus Brugsesteenweg

Brugsesteenweg 90
8800 Roeselare
051 23 64 64

Campus Menen

Oude Leielaan 6
8930 Menen
056 52 20 32

Campus Rembert Torhout

Sint-Rembertlaan 21
8820 Torhout
050 23 27 46

Algemeen e-mailadres: preopbeleid@azdelta.be

Dienst anesthesie

Campus Roeselare / Menen

Secretariaat telefoon : 051 23 70 39
E-mailadres : secretariaat.anesthesie@azdelta.be

Campus Rembert Torhout

Dienst voorbereiding opname
telefoon : 050 23 27 46

In te vullen door : BEHANDELEND ARTS

PATIENTENKLEVER

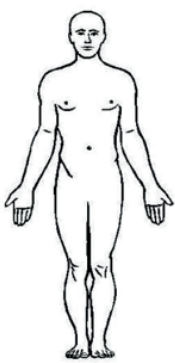
Contactpersoon :

.....

Telefoonnr. :

CAMPUS : Wilgenstraat Brugsesteenweg Menen Torhout
TYPE INGREEP : Hospitalisatie Dagziekenhuis Postop. opname IZ
VERMOEDELIJKE VERBLIJFSDUUR : dagen

DATUM OPNAME :	UUR :	DATUM OPERATIE :
REDE VAN OPNAME :	ELECTIEF	(SEMI) DRINGEND
.....		

	Operatiezijde :				
	Rechts	Links	NVT		
	Voorstel anesthesie :				
	Lokale	Plexus	Epidurale / Rachi	Sedatie	Algemene
	Bloedgroep :				
Bloedgroepbepaling en indirecte Coombs (in AZ Delta)					
BEKENDE ALLERGIE:					

STOLLINGSBELEID	Bij eventueel overleg : naam arts : Dr.		
Medicatie :	Laatste inname :	Vervangen door :	tot en met :
Medicatie :	Laatste inname :	Vervangen door :	tot en met :

EVENTUELE ANDERE MEDICATIE TE STOPPEN :

In te vullen door : BEHANDELEND ARTS

TYPE INGREEP: omcirkel type ingreep

Mineur	Intermediair	Majeur
Vb: verwijderen huidletsel, bartholinklier Drainage borstabsces Carpal tunnel Septumcorrectie Hydrocoele Cataract ...	Vb: varices (adeno) tonsillectomie Knie arthroscopie Tympanoplastie Sectio Lap cholecystectomie ...	Vb: abdominale hysterectomie Gewrichtsprothese (THP, TKP) TUR Prostaat Neurochirurgie Thyroidectomie Nefrectomie Halsklievidement Grote abdominale chirurgie

OPM: INDIEN > 70J: MINSTENS ASA II

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
ASA- classificatie	Normaal gezonde patiënt	Patiënt met lichte systemische aandoening	Patiënt met invaliderende systemische aandoening, die normale activiteit beperkt	Patiënt met invaliderende systemische aandoening, constante bedreiging voor het leven
	Bv. patiënt met goede inspanningstolerantie	Bv. goede behandelde hypertensie - goede geregelde diabetes - milde obesitas - anemie - lichte chronische bronchitis	Bv. ernstige onregelde hypertensie - ongecontroleerde of onregelde diabetes - matige angina pectoris - beginnende cordecensatie	Bv. angor pectoris in rust - pulmonaire insufficiëntie - nierinsufficiëntie - cardiale insufficiëntie - leverinsufficiëntie
Mineure ingreep	Anamnese + Klinische evaluatie	Idem ASA I + Lab op indicatie	Anamnese + klinische evaluatie + Lab + ECG	
Intermediaire ingreep	ECG > 65j Lab op indicatie			
Majeure ingreep	Anamnese + klinische evaluatie Lab + ECG > 65 j			

RICHTLIJNEN

- Lab** BG + indirecte coombs: / /20 (AZ Delta). **ECG** op indicatie: bv. RX-Thorax,...
- Raadpleging huisarts** Datum:.....
- Raadpleging cardio, pneumo, nefro, endocrino** Datum:.....
- Consult anesthesist** Datum:.....
- Pacemaker** NEE JA advies pre-op aanpassing van PM
- Defibrillator** NEE JA advies cardioloog
- Neurostimulator aanwezig** NEE JA bedieningsapparaat meebrengen
- Deep Brain Stimulator** NEE JA advies neurochirurgie
- Subcutane insulinepomp** NEE JA diabetes verpleegkundige verwittigen

RICHTLIJNEN VOOR VERPLEEGAFDELING

- Preop lab** Controle Type and Screen PC bestellen:..... E Blpl:.....
- Preventie contrastnephropathie** NEE JA
- Endocarditis profylaxis** NEE JA
- Anafylaxie profylaxis** NEE JA
- Darmvoorbereiding** NEE JA
- PM en/ of defibrillator controle** NEE JA
- ANDERE** Bv. antidecubitusmatras

VEREISTE TOESTEMMING DOOR DE PATIËNT OP BASIS VAN INFORMATIE OVER DE OPERATIE/BEHANDELING/ONDERZOEK

Dr. heeft mij op/...../ 20 ingelicht over

volgende operatie/behandeling/onderzoek

op/...../ 20..... op campus: Wilgenstraat / Brugsesteenweg / Menen / Torhout

De arts heeft me meer uitleg gegeven over:

- mijn gezondheidstoestand en de diagnose en welke operatie/behandeling/onderzoek er zal gebeuren;
- de reden, tijdsduur, urgentie, aard, het doel en de frequentie van de operatie/behandeling/onderzoek;
- de slaagkansen;
- de voor- en nadelen, mogelijke verwickelingen en neveneffecten tijdens de ingreep en/of herstelperiode;
- de te nemen voorzorgen o.a. noodzakelijke onderzoeken voor en na de operatie/behandeling/onderzoek;
- de mogelijke alternatieven en de kansen op herstel met en zonder de ingreep;
- de kostprijs en mijn persoonlijk aandeel als patiënt.

Ik kreeg een duidelijk antwoord op al mijn vragen en beschik over alle informatie die ik nodig heb om in alle vrijheid te beslissen om de operatie/behandeling/onderzoek te ondergaan. Ik kreeg ook (indien beschikbaar) een infobrochure hierover met het nummer (zie achterflap, rechter benedenhoek, 0520.....).

Ik weet dat ik met mijn vragen altijd terecht kan bij mijn arts en voor vragen over de factuur bij de financiële dienst (factuur@azdelta.be of 051 23 70 54).

Ik zal me strikt aan de aanwijzingen van mijn arts houden om de operatie/behandeling/onderzoek en het herstel zo gunstig mogelijk te laten verlopen. Ik weet dat de artsen en het verpleegkundig team ondanks de grootste voorzorgen geen absolute garantie op succes kunnen bieden.

Ik ga ermee akkoord dat de arts bijkomende medische handelingen - i.v.m. de oorspronkelijke behandelingsredenen - kan uitvoeren die nodig zijn voor het herstel of behoud van mijn gezondheidstoestand.

Ik bevestig mijn toestemming aan de arts die hier ondertekent om de operatie/behandeling/onderzoek uit te voeren samen met een andere arts of assistent in opleiding. In uitzonderlijke omstandigheden mag de arts die ik heb gekozen zich laten vervangen door een collega.

Ik ga akkoord dat er soms externen aanwezig zijn tijdens de procedure (vb. vertegenwoordigers van prothesemateriaal noodzakelijk voor de procedure, kinesisten, dr. stagiairs, stagiairs verpleegkunde ...).

Te allen tijde kan ik mijn mening herzien en afzien van deze ingreep. Ik contacteer hiervoor de arts die mij behandelt.

Ik geef de toestemming om anonieme fotografische gegevens vast te leggen en deze eventueel te gebruiken voor onderwijsdoeleinden en/of wetenschappelijke publicaties.

Opgemaakt te Menen / Roeselare / Torhout

op...../...../20.....

Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Voornaam en naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd'

Behandelende arts

Handtekening en stempel

TOESTEMMING VOOR DE ANESTHESIE (VERDOVING) EN DE ANALGESIE (PIJNSTILLING) EN BLOEDTRANSFUSIE

Ik weet dat er een algemene verdoving (anesthesie) en/of locoregionale verdoving en pijnstilling aangewezen is bij de geplande operatie of procedure. Ik geef hiervoor toestemming aan een erkende anesthesist die dit document mee ondertekent.

Ik heb de brochure 'Anesthesie: informatiebrochure' aandachtig gelezen. Bij eventuele vragen kan ik terecht bij de dienst anesthesie voor meer uitleg.

Ik begrijp dat algemene verdoving en pijnstilling risico's met zich meebrengen. Ik beseft dat de risico's groter kunnen zijn als ik de richtlijnen, vermeld in de brochure, niet opvolg. De risico's kunnen ook groter zijn afhankelijk van mijn medische toestand. Tevens verklaar ik akkoord te gaan met een eventuele verdere opname in het ziekenhuis mocht dit nodig blijken.

Ik zal nuchter zijn voor de operatie. (Richtlijnen na te lezen in informatiefolder: opname ziekenhuis)
De ochtend van de operatie of procedure zal ik mijn medicatie innemen met wat water tenzij anders voorgeschreven door de behandelende arts. (Denk hierbij vooral aan bloedverdunners)

Ik drink geen alcohol tot 24 uur na de ingreep.

Ik zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding. De eerste nacht na de ingreep mag ik geen auto, motor of bromfiets besturen, niet fietsen en geen machines bedienen.

Ik onderteken geen belangrijke documenten en ik neem geen belangrijke beslissingen.

Er zal thuis iemand aanwezig zijn de eerste nacht na de operatie.

Ik weet dat de anesthesist de uitkomst van de anesthesie en/of pijnstilling niet kan garanderen. Ik begrijp en weet dat het type van anesthesie en/of pijnstilling gewijzigd kan worden zonder mijn medeweten als dit nodig blijkt te zijn.

Ik verklaar hierbij dat, indien nodig, aan mij bloedproducten 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 + attest)

Naam:

Reden:

Opgemaakt te Mene / Roeselare / Torhout

Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Voornaam en naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd'

op...../...../20.....

Behandelende arts

Handtekening en stempel

In te vullen door: PATIENT

LEEFTIJD:	LENGTE:	GEWICHT:
<p>ALLERGIE: Ja / Nee / weet ik niet</p> <p>Zo ja: aan welk product? bv. latex, medicatie (bv. antibiotica), banaan of kiwi, jodium (ontsmettingsmiddel of contrastvloeistof), of andere :</p> <p>Welke reactie deed zich voor ? Bv: hevig braken of diarree, huiduitslag, dikke lippen, ademhalingsproblemen, shock?</p> <p>Nota: bij antibioticagebruik : enkel diarree of schimmelinfectie is een nevenwerking, geen allergie.</p>		
PACEMAKER / DEFIBRILLATOR	NEUROSTIMULATOR	DEEP BRAIN STIMULATOR

<p>Werd u vroeger al geopereerd onder volledige of gedeeltelijke verdoving ? Zo ja, in welk jaar of op welke leeftijd, en welke ingreep of behandeling ?</p> <p>.....</p>	Ja / Nee
<p>Werd u vroeger reeds voor ziektes of medische aandoeningen door uw huisarts behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, in welk jaar of op welke leeftijd en voor welke aandoeningen?</p> <p>.....</p>	Ja / Nee
<p>Reageerde u bij een vorige verdoving op een ongewone manier? Als dit het geval was, omschrijf heel duidelijk welke reactie het betrof.</p> <p>.....</p>	Ja / Nee
<p>Had een familielid ooit problemen met een verdoving? Zo ja, omschrijf nauwkeurig:</p> <p>.....</p>	Ja / Nee

In te vullen door: PATIENT

Rookt u? Zo ja, hoeveel? / dag, hoelang?	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? <input type="radio"/> Nooit <input type="radio"/> Ominder dan maandelijks <input type="radio"/> Omaandelijks <input type="radio"/> Owekelijks <input type="radio"/> Odagelijks	
Gebruikt u drugs, verdovende of stimulerende middelen? Welke?	Ja / Nee
Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger ?	Ja / Nee
Hebt u hartproblemen, een hartgeruis, ritmestoornissen, pijn op de borst, een stent of een doorblazing gehad? Zo ja, omschrijf: 	Ja / Nee
Hebt u last van te hoge of te lage bloeddruk? Wat is uw gebruikelijke bloeddruk? /	Ja / Nee
Bent u het laatste jaar flauwgevallen of onwel geworden? Zo ja, omschrijf: 	Ja / Nee
Bent u vlug kortademig en hebt u last van druk op de borstkas bij inspanning? Zo ja, omschrijf: 	Ja / Nee
Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja, omschrijf: 	Ja / Nee
Gebruikt u een nachtelijk CPAP-toestel? Zo ja, gelieve dit mee te brengen.	Ja / Nee
Bent u kort van adem in rust of bij neerliggen?	Ja / Nee
Hebt u spataders?	Ja / Nee
Hebt u reeds flebitis / een bloedklonter in uw been gehad? Hebt u reeds een longembool gehad (bloedklonter in de longen)?	Ja / Nee Ja / Nee
Hebt u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding, neusbloeding of tandextractie lang nabloeden?	Ja / Nee
Bent u in behandeling bij een hematoloog?	Ja / Nee
Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend? Zo ja, waren er problemen? 	Ja / Nee

In te vullen door: PATIENT

Hebt u nu of vroeger nierproblemen gehad? Zo ja, omschrijf:	Ja / Nee
Hebt u nu of vroeger leverproblemen (bv. hepatitis, ...) gehad? Zo ja, omschrijf:	Ja / Nee
Hebt u ooit een maagzweer gehad?	Ja / Nee
Hebt u een maagbreuk?	Ja / Nee
Hebt u last van uw schildklier?	Ja / Nee
Bent u in behandeling voor suikerziekte? Zo ja, bij insuline: breng uw glucometer en insulinepen(nen) mee.	Ja / Nee
Bent u onlangs verkouden geweest? Heeft u de laatste maand de griep gehad? Hebt u koorts gehad?	Ja / Nee
Bent u HIV- positief (seropositief)? Bent u MRSA-positief (ziekenhuisbacterie) of hebt u dit gehad? Andere infecties?	Ja / Nee Ja / Nee
Gebruikt u cortisone of kreeg u de laatste 6 maanden een inspuiting met cortisone?	Ja / Nee
Hebt u of een familielid een spierziekte? Zo ja, omschrijf:	Ja / Nee
Hebt u problemen met de rug?	Ja / Nee
Hebt u problemen met de nek?	Ja / Nee
Hebt u problemen met het openen van uw mond?	Ja / Nee
Hebt u een neurologische ziekte? (Verlamming of krachtsvermindering, parkinson, epilepsie, hersenbloeding, hersentrombose, multiple sclerose, ...) Zo ja, omschrijf:	Ja / Nee
Lijdt u aan een andere ziekte die hier niet vermeld staat? Omschrijf:	Ja / Nee
Hebt u een los of vast vals gebit, loszittende tanden, een prothese of brug, een stifttand?	Ja / Nee
Draagt u een bril, contactlenzen of een hoorapparaat?	Ja / Nee

In te vullen door: PATIENT

THUISMEDICATIE OVERZICHT:
GELIEVE DUIDELIJK EN JUIST IN TE VULLEN OF KOPIE.
BRENG ALLE MEDICATIE IN DE ORIGINELE VERPAKKING MEE, IN DE
MEDICATIEZAK VAN HET ZIEKENHUIS.

GENEESMIDDEL			TOEDIENINGSUUR + AANTAL				OPMERKING
Naam	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u	
Bv.: Dafalgan forte	1 gram	1 tablet					Bij pijn
Bv.: Zocor	40 mg	1 tablet					

Hebt u ook gedacht aan:

- hormonale preparaten (bv. anticonceptiepil)
- slaapmedicatie
- zalven
- pijnstillers
- spuitjes
- puffers
- voedingssupplementen
- homeopathie
- cortisone
- geneeskrachtige kruiden
- oogdruppels
- iets tegen maagklachten
- medicatiepleisters

Meebrengen:

- Diabetespatiënten
- glucosemeter
- insulinepennen

In te vullen door: HUISARTS

MEDICATIE STOPPEN VOOR INGREEP:
ANTI-STOLLINGS MEDICATIE: (RICHTLIJNEN WEBSITE AZ DELTA)

STOLLINGSBELEID	Bij eventueel overleg : naam arts : dr.		
Medicatie:	Laatste inname:	Vervangen door :	tot en met:
Medicatie:	Laatste inname:	Vervangen door:	tot en met :

ANDERE MEDICATIE (INFO PAG. 14)

MEDICATIE	DATUM STOP

Geachte collega

Een goed preoperatief beleid en procedure heeft diverse voordelen zoals bv. een reductie van de perioperatieve morbiditeit, een betere patiëntentevredenheid, een hogere veiligheid, efficiëntere planning... Daarom rekenen we graag op uw steun. Onderzoeken van < 6 maand oud moeten niet herhaald worden, **tenzij** bij recente verandering van de klinische toestand.

ANAMNESE

(Belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst):

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

KLINISCH ONDERZOEK

CARDIAAL: Bloeddruk:/..... mmHg, Hartslag:/min.

.....
.....

VASCULAIR:

.....
.....

RESPIRATOIR:

.....
.....

GASTRO-INTESTINAAL:

.....
.....

UROGENITAAL:

.....
.....

NEUROLOGISCH/ LOCOMOTORISCH:

.....
.....

INFECTIEUS (MRSA, ANDERE?)

.....
.....

ANDERE:

.....

In te vullen door: HUISARTS

TECHNISCHE ONDERZOEKEN (zie richtlijn pag.5)

ECG-protocol:
(graag ECG zelf toevoegen of een kopie aub)

MRSA-screening afgenomen door: AZ Delta Huisarts/...../20.....

LAB voeg protocol bij of mail de resultaten door naar preopbeleid@azdelta.be (of vul in)

Datum bloedafname:/...../20..... (lab:)

Hgb	Hct	RBC	Blpl	WBC
PT	INR	aPTT		
Creat	Ureum	GFR	Glyc	HBa1c(diabetes)
Na	K	Cl	Bic	TSH
AST	ALT	gamma-GT	AF	Bil

ANDERE TECHNISCHE ONDERZOEKEN bv.: RX thorax: enkel op klinische indicatie

OPMERKINGEN van de **HUISARTS** voor de **SPECIALIST** en/of **VERPLEEGKUNDIGEN** van de **AFDELING**:

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

Stempel huisarts

Handtekening

Datum/...../20.....

Mail voor bijkomende medische vragen in verband met preoperatief beleid naar:

[**preopbeleid@azdelta.be**](mailto:preopbeleid@azdelta.be)

Gelieve de meeste chronische thuismedicatie verder te geven en dus ook op de ochtend of de dag van de ingreep zelf!

Opm.: anti-aritmica: steeds verder geven, indien ablatie: advies cardioloog.

MEDICATIE DIE PREOPNAME WEL MOET GESTOPT WORDEN!

Laatste inname: dag voordien	
DIURETICA	
ACE-inhibitoren, SARTANEN	uitz: chronisch hartfalen en sterk verminderde ventrikelfunctie (EF<30%): dag zelf nog verder te geven
ORALE ANTIDIABETICA/INCRETINE-MIMETICA	uitz: metformine of combinatiepreparaat met metformine: laatste inname 48 uur preoperatief
Indien insulinetherapie: opname om 8u	opname om 8 uur: plaatsen van glucosebevattend infuus + toediening van halve dosis insuline - insulinepen en glucosemeter meebrengen
MEDICATIE voor het CENTRAAL ZENUWSTELSEL: TCA , SSRI'S, lithium (Camcolit®, Maniprex®), antipsychotica, neuroleptica ...	
MAO- INHIBITOREN: Moclobemide®, Selegiline (Eldepryl®)	opm.: Eldepryl®(behandeling van Parkinson): halve dosis ochtend zelf uitz: fenelzine (Nardelzine®): stop 3 weken op voorhand
THEOFYLLINE: Xanthium®	
ANION EXCHANGERS: Questran®, Colestid®	
FIBRATEN: Ciprofibrat®, Hyperlipen®, Fenofibrat®, Lipanthyl®, Lipanthylnano®, ...	myopathie, rhabdomyolyse, nierinsufficiëntie
NSAID's (preoperatieve onderhoudstherapie)	uitz. langwerkende NSAID's (Arcoxia®, Feldene®, Brexine®, Meloxicam®, Naproxen®, Piroxicam®, ...): stop ≥ 3 dagen op voorhand indien pijncontrole dit toelaat
Geneesmiddelen die langer op voorhand moeten gestopt worden	
ANTISTOLLINGSBELEID	cfr. richtlijnen website AZ Delta
METFORMINE of combinatie preparaat met metformine	laatste inname 48 uur preoperatief (lactaatacidose en nierfalen)
MAO-INHIBITOR: fenelzine (Nardelzine®)	stop 3 weken op voorhand (in overleg met psychiater)
VOEDINGSSUPPLEMENTEN: sint-Janskruid , valeriaan, vitamine E, ginkgo Biloba, look, ginseng, rode rijst ...	stop ≥ 7 dagen op voorhand
IMMUNOMODULATOREN: Arava®, Humira®, Ledertrexate®, ...	stop 2 weken op voorhand indien mogelijk (infectiegevaar en vertraagde wondheling)

AZ Delta en de artsen kunnen niet verantwoordelijk gesteld worden voor verwikkelingen volgend uit het gebruik van de richtlijnen in deze brochure.

Checklist verpleegafdeling

Patiëntengegevens gecontroleerd? (Naam, geboortedatum, ID-bandje) Ja / Nee

Patiëntenboekje: volledig? (denk oa aan Informed consent ingevuld?) Ja / Nee

ALLERGIE? Nee / Niet bekend / Ja:.....

INFECTIE:.....

NUCHTERBELEID:

Laatst gedronken: wat uur:.....

Vast voedsel: wat uur:.....

PREOPERATIEVE RICHTLIJNEN

Transfernote gelezen? En opdracht uitgevoerd?

Richtlijnen in verband met PM / defibrillator / neurostimulator gevolgd?

T & S afgewerkt? NVT NEE JA

PC aanwezig in labo: NEE JA

Anticoagulantia: GESTOPT? NVT NEE JA

Sinds:..... welke:.....

Vervangen door:

ALGEMEEN:

Patiënt voorbereid: bril, lenzen, gehoorapparaat, operatiehemd, vers bedlinnen, juwelen, armbandjes.

Nodige materiaal meegegeven? Bv. buikband, kousen, bedieningsapparaat voor neurostimulator, puffers

Operatiestreek voorbereid?

Geürineerd voor vertrek? (**Nota: niet bij patiënten urologie Hexvix**)

Voldoende etiketten?

Antidecubitus matras?.....

Psychische meldingen: bv: angstig, verward, dementerend

Algemene opmerkingen: taal, slechthorend, slechtziend, verward, andere,

PARAMETERS

Bloeddruk	Pols	Temperatuur	SpO2	Pijn
mmHg	/min	°	%	/10
Glycemie: (indien diabetespatient)		mg/ml	Insuline toegediend?	

Preoperatieve medicatie toegediend? ja..... Nee, omdat:.....

Afdeling/dienst:..... **Naam vpk:**

Meer info?
www.azdelta.be