



Patiëntenboekje

voor operatie of procedure
onder anesthesie

Inhoud

| | |
|--------------------------------------|----|
| Introductie, patiëntgegevens | 4 |
| Toestemmingsformulieren | 8 |
| Informatie voor de patiënt | 10 |
| Patiënten vragenlijst | 12 |
| Preoperatief onderzoek door huisarts | 16 |
| Preoperatieve richtlijnen | 18 |
| Preoperatieve checklist | 24 |
| Anesthesie fiche | 26 |

Beste patiënt

In dit patiëntenboekje vindt u alle formulieren die voor uw operatie of procedure dienen ingevuld te worden, handig bijeen verzameld. We willen er vriendelijk op wijzen dat al deze formulieren vervolledigd moeten worden voor de opname om de operatie te kunnen laten plaatsvinden.

Bij elk formulier staat op het zijblokje vermeld door wie het respectievelijke formulier moet worden ingevuld.

In te vullen door chirurg: blz. 5 - 7

Na te lezen en in te vullen door patiënt, chirurg & anesthesist: blz.8-9

Na te lezen door patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger: blz.10-11

In te vullen en na te lezen door huisarts en patiënt: blz.12-15

In te vullen en na te lezen door huisarts: blz.12-17 en 18-23

In te vullen door verpleegkundige: blz.24-25

Ga voor de operatie steeds langs bij de huisarts met dit boekje.

Dank voor uw begrip,
Dienst anesthesie, AZ Delta

Uw operatie gaat door op volgende campus:

Campus Brugsesteenweg
Brugsesteenweg 90
8800 Roeselare
t 051 23 61 11

Campus Wilgenstraat
Wilgenstraat 2
8800 Roeselare
t 051 23 71 11

Campus Westlaan
Westlaan 123
8800 Roeselare
t 051 23 81 11

Campus Menen
Oude Leielaan 6
8930 Menen
t 056 52 21 11

Patiëntenboekje voor OPERATIE of PROCEDURE onder ANESTHESIE

patiëntenklever

Patiëntgegevens

Naam:.....

Voornaam:

Geboortedatum: / /.....

Geslacht: M V

Telefoon:/.....

Contactpersoon: Telefoon:...../.....

Huisarts: dr.

Opname voor dr.

hospitalisatie dagziekenhuis postop. opname IZ

Vermoedelijke verblijfsduur:

Datum van opname: / / om uur

Datum van ingreep: / /

Reden van opname: door: dr.

.....
.....

| | |
|-----------------------------|--|
| Type ingreep? | <input type="radio"/> niet-majeur <input type="radio"/> majeur |
| ASA-score? | <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> Urgent (uitleg ASA score zie blz. 22-23) |
| Operatie zijde? | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> n.v.t. |
| Voorstel anesthesie? | <input type="radio"/> lokale <input type="radio"/> plexus <input type="radio"/> epidurale/rachi <input type="radio"/> algemene |
| Kruisproef? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee |

Preoperatieve planning

Onderzoeken te verrichten vóór de opname:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preop lab | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Urine-onderzoek |
| <input type="checkbox"/> RX thorax | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> RX |
| <input type="checkbox"/> Echo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker controle | <input type="checkbox"/> Preoperatieve ademhalings-kinesietherapie | |

Te verwittigen bij opname:

Preoperatief nood aan **consultatie** bij:

| ARTS: | | DATUM: |
|-----------------------|--|--------|
| O huisarts | altijd | |
| O cardioloog | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| O nefroloog | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| O pneumoloog | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| O anesthesist | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| O ander: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |

Premedicatie (te geven ochtend van de ingreep):

| GENEESMIDDEL | DOSIS | TIJDSTIP |
|--------------|-------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Onderzoeken te verrichten de dag van de opname:

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Preop lab | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Urine-onderzoek |
| <input type="checkbox"/> RX thorax | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> RX |
| <input type="checkbox"/> Echo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker controle | | |

Niervoorbereiding - contrastnefropathie? Ja Nee

Allergie profylaxe? Ja Nee

Diabetes? Ja Nee

Darmvoorbereiding? Ja Nee

Stempel specialist:

Handtekening:

Toestemming voor de operatie of procedure

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

operatie of procedure:

De arts heeft me meer uitleg gegeven over

- mijn gezondheidstoestand en de diagnose en welke operatie of procedure er zal gebeuren;
- de reden van de operatie of procedure en de tijdsduur;
- de slaagkansen en het verwachte resultaat;
- de voor- of nadelen, mogelijke complicaties en neveneffecten;
- de mogelijke alternatieven en de kansen op herstel zonder de ingreep;
- de kostprijs en mijn persoonlijk aandeel als patiënt.

Ik kreeg voldoende antwoord op al mijn vragen en kan beslissen om de operatie of de procedure te ondergaan.

Ik weet dat ik met mijn vragen altijd terecht kan bij mijn behandelende arts en voor vragen over de factuur bij de financiële dienst.

Ik zal me strikt aan de aanwijzingen van mijn arts houden om de operatie of procedure 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 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 of procedure uit te voeren samen met een andere arts of assistent in opleiding. Als het niet anders kan, mag de arts die ik heb gekozen zich laten vervangen door een collega.

Te allen tijde kan ik mijn mening herzien en afzien van deze ingreep. Ik contacteer hiervoor mijn chirurg.

Opgemaakt te

Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd'

Behandelende arts

Naam + Stempel + Handtekening

Toestemming voor de anesthesie (verdooving) en de analgesie (pijnstilling)

Ik weet dat er een algemene verdooving (anesthesie) en pijnstilling aangewezen is bij de geplande operatie of procedure. Ik geef hiervoor toestemming aan de anesthesist die dit document mee ondertekent. Ik heb de brochure "Wat is anesthesie" aandachtig gelezen en kreeg voldoende informatie van de anesthesist of de verpleegkundige.

Ik begrijp dat anesthesie en de pijnstilling risico's met zich meebrengen. Ik besef dat de risico's groter kunnen zijn als ik de richtlijnen, vermeld in de brochure, niet opvolg. Ik zal nuchter zijn voor de operatie. De ochtend van de operatie of procedure zal ik mijn medicatie innemen tenzij anders voorgeschreven door de behandelende arts.

Ik drink geen alcoholische dranken tot 24 uur na de ingreep.

Ik zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding. De eerste 24 uur na de ingreep mag ik geen auto, motor of bromfiets besturen, niet fietsen en geen machines bedienen; onderteken ik geen belangrijke documenten en neem ik geen belangrijke beslissingen.

Er zal thuis iemand aanwezig zijn de eerste 24 uur 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 plaats hiernaast uw handtekening)

Opgemaakt te Op...../...../.....

Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Naam + handtekening + 'Gelezen en goedgekeurd'

Behandelende arts

Naam + Stempel + Handtekening

Beste patiënt

Binnenkort wordt u opgenomen in AZ Delta om een ingreep te ondergaan. Om alles vlot te laten verlopen, is het van belang dat u deze brochure aandachtig leest en waar nodig invult.

Vóór de opname:

- Lees vooraf aandachtig alle brochures die u krijgt van uw arts of verpleegkundige.
- Vul het toestemmingsdocument voor chirurgie en anesthesie in.
- Vul de preoperatieve vragenlijst correct in. U kunt dat ook samen met uw huisarts of met de preoperatief verpleegkundige doen.
- Contacteer uw huisarts, minstens 3 dagen vóór de ingreep.
- Eventueel moeten er voor de ingreep enkele onderzoeken (bv. bloedname) gebeuren of een bijkomend onderzoek bij een andere specialist (vb. hartspecialist, longarts,...).
- Vraag vooraf uw kamer aan bij het onthaal van het ziekenhuis.
- Neem contact op met de sociale dienst als u nood heeft aan bijkomende thuiszorg of revalidatie na ontslag uit het ziekenhuis. Ook uw huisarts en ziekenfonds kunnen u hierbij helpen.
- Neem vóór de opname ook contact op met de verzekeringsinstelling waar u een hospitalisatieverzekering heeft.
- Duid een vertegenwoordiger of een contactpersoon aan.
- Zorg er voor dat iemand u kan afhalen bij uw vertrek uit het ziekenhuis (meestal vòòr 10 uur 's ochtends).

Medicatie

- Neem uw ochtendmedicatie in met een half glas water of appelsap, na overleg met uw huisarts of specialist.
- Vraag aan uw huisarts en/of specialist om zo nodig uw medicatie aan te passen voor de operatie: bv. sommige bloedverdunners dienen dagen vooraf gestopt te worden.

Roken

Indien u rookt, mag u zeker de dag van de operatie niet meer roken! Een opname in het ziekenhuis is een ideale gelegenheid om definitief met het roken te stoppen. Bespreek dit met uw huisarts en ga eventueel in op het aanbod van het rookstop-programma van AZ Delta.

Voor bijkomende informatie kunt u ook terecht bij uw behandelende arts, de opnameverpleegkundige of de anesthesist.

Dag van de opname:

Wat breng ik mee?

1. Identiteitskaart, eventueel gegevens hospitalisatieverzekering
2. Allergiekaart
3. Thuismedicatie in de originele verpakking of in de thuismedicatiezak
4. Deze brochure eventueel aangevuld met de resultaten van onderzoeken
5. Als u daarover beschikt: breng antiflebitis-kousen/steunkousen mee
6. Ondergoed, kamerjas, warme sokken, dagkledij, slaapkledij
7. Platte, gesloten schoenen of pantoffels
8. Toiletartikelen: washandjes, handdoeken, zeep, shampoo of douchegel, haarborstel, tandenborstel en tandpasta, scheerapparaat
9. Hulpmiddelen die u thuis ook gebruikt: bril (geen lenzen), hoorapparaat, krukken, wandelstok, looprek, draagdoek, nachtelijk zuurstofapparaat (CPAP),...
10. Breng geen waardevolle voorwerpen mee!

Hygiënische richtlijnen

1. Neem zeker de avond vóór of de ochtend van de opnamedag een douche.
2. Knip de nagels kort, verwijder vuilresten.
3. Breng geen make-up of nagellak aan of verwijder deze.
4. Verwijder alle juwelen alsook bandjes en piercings.

Wat mag ik innemen, drinken of eten de dag van de ingreep?

1. Neem uw ochtendmedicatie in, na overleg met uw huisarts of specialist, met een half glas water!

| DRANKEN | ETEN |
|--|---|
| Heldere vloeistof mag tot max. 2 uur voor de ingreep. Bv.: water, appelsap, koffie, thee met suiker maar <u>zonder</u> melk | Geen vaste voeding vanaf 6 uur voor de ingreep. |

Het drinken van heldere suikerhoudende dranken (bv. appelsap) wordt aanbevolen tot max. 2 uur vóór de ingreep!

Preoperatieve vragenlijst

Gelieve deze vragenlijst zo correct mogelijk in te vullen. Vraag gerust hulp aan de verpleegkundige of aan uw huisarts om deze vragenlijst juist in te vullen.

| | | |
|------------------------|----------------------|-----------------------|
| LEEFTIJD: | LENGTE: | GEWICHT: |
|------------------------|----------------------|-----------------------|

| | |
|---|----------|
| 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 |
| 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 |
| Bent u allergisch aan producten (bv. Latex), medicatie (bv. 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 |
| 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? Onooit <input type="radio"/> minder dan maandelijks <input type="radio"/> maandelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> dagelijks | |
| Gebruikt u drugs, verdovende of stimulerende middelen? | JA / NEE |
| Voor vrouwen: bent u mogelijk zwanger? | JA / NEE |
| Hebt u hartproblemen? Zo ja omschrijf: | 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 |
| Hebt u last van hartritmestoornissen? | JA / NEE |
| Bent u vlug kortademig bij inspanning? | JA / NEE |
| Bent u kort van adem in rust? | JA / NEE |
| Hebt u ademhalingsstoornissen, astma of chronische bronchitis? Zo ja, omschrijf: | JA / NEE |
| Hebt u spataders? | JA / NEE |
| Hebt u reeds flebitis gehad? | JA / NEE |
| Hebt u problemen met de bloedstolling? Blijft u na een verwonding of tan- dextractie lang nabloeden? | JA / NEE |

| | |
|---|----------|
| Kreeg u vroeger reeds bloedproducten toegediend? Zo ja, waren er problemen? | JA / NEE |
| Hebt u nierproblemen of vroeger gehad? Zo ja, omschrijf: | JA / NEE |
| Hebt u leverproblemen (bv. hepatitis,...) of vroeger gehad? Zo ja, omschrijf: Hebt u leverproblemen (bv. hepatitis,...) of vroeger gehad? Zo ja, omschrijf:..... | JA / NEE |
| Hebt u ooit een maagzweer gehad? | JA / NEE |
| Bent u in behandeling voor suikerziekte? | JA / NEE |
| Bent u onlangs verkouden geweest? Heeft 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 |
| 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 een vals gebit of loszittende tanden? | JA / NEE |
| Heeft u problemen met het openen van de mond? | JA / NEE |

| | |
|--|----------|
| Heeft u problemen met het bewegen van de nek? | JA / NEE |
| Draagt u contactlenzen of een hoorapparaat? | JA / NEE |
| Heeft u een pacemaker, ingeplante defibrillator, neurostimulator of pomp? | JA / NEE |
| Heeft u een beperking bij de uitvoering van bepaalde bewegingen die niet in verband staan met de operatie? Zo ja omschrijf | JA / NEE |

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

| NAAM MEDICAMENT, KRUIDENMENGSELS EN/OF VOEDINGSSUPPLEMENT | DOSIS | AANTAL PER DAG |
|---|-------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| WELKE MEDICATIE VOOR DE INGREEP STOPPEN | WANNEER/ HOEVEEL DAGEN VOORAF STOPPEN |
|---|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Indien u op voorhand een raadpleging wenst bij een anesthesist, dan kan u contact opnemen met de dienst anesthesie op de campus van opname:

- Campus Brugsesteenweg: 051 23 69 12
- Campus Westlaan: 051 23 80 78
- Campus Wilgenstraat: 051 23 70 39
- Campus Menen: 056 52 21 55

Preoperatief onderzoek

Geachte collega,
Een goed preoperatief beleid heeft diverse voordelen zoals bv. een reductie van perioperatieve morbiditeit, een betere patiënten tevredenheid, een hogere veiligheid,... Daarom rekenen we graag op uw steun.

ANAMNESE: (belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst):

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

| |
|-------------------|
| ASA-score |
| I II III IV |

KLINISCH ONDERZOEK:

Cardiaal:
.....
.....

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

Respiratoir:
.....

Auscultatie:
.....

Abdominaal / Gastro-intestinaal:
.....

Urogenitaal:
.....

Neurologisch:
.....

Locomotorisch:
.....

Vasculair:
.....

Infectieus (MRSA, andere?)
.....

Andere:
.....

TECHNISCHE ONDERZOEKEN (zie richtlijn blz. 22-23)

ECG protocol:.....(graag EKG zelf toevoegen aub)

LAB: (vul in of voeg protocol bij):

| | | | | |
|-------|-------|-------------|------|--------|
| Hb: | Hct: | TBC: | INR: | aPTT: |
| WBC: | TE: | Creatinine: | GFR: | Ureum: |
| Bili: | Glyc: | | | |
| Na: | K: | Cl: | BIC: | Ca: |

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

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

Stempel huisarts

handtekening

datum

Preoperatief medicatiebeleid Welke medicatie stoppen?

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

Tip 1: Het verder geven van bètablokkers en statines, bij chronisch daarmee behandelde patiënten, op de dag van de ingreep is geassocieerd met gereduceerde cardiale morbiditeit en mortaliteit

Tip 2: Denk ook aan voorschrijven van orale en inhalatie corticosteroiden, anti-epileptica, maagbeschermers, anti-aritmica,.... de ochtend van de ingreep bij chronisch daarmee behandelde patiënten.

MEDICATIE DIE PREOPERATIEF WEL MOET GESTOPT WORDEN

| NAAM MEDICATIE | LAATSTE INNAME |
|--|---|
| ANTIDIABETICA: Metformine andere orale antidiabetica langwerkende insuline (Lantus®,...) bifasische insulines (Mixtard®, humuline® 30/70,...) snelwerkende insulines | > 24 u avond voordien avond voordien halve dosis ochtend v.d. ingreep niet op de dag van de ingreep |
| ACE-I en ARB Angiotensine Converting Enzyme Inhibitoren en Angiotensine Receptor Blockers | avond voordien (dag zelf: enkel na overleg) |
| DIURETICA | avond voordien (dag zelf: enkel na overleg) |
| ANTIPSYCHOTICA, NEUROLEPTICA, SSRI's, SNRI's, TCA, LITHIUM | avond voordien (dag zelf: enkel na overleg) |
| MAO - INHIBITOREN: Fenelzine (Nardelzine®) Moclobemide (Aurorix®) Selegiline (Eldepryl®) | > 14 d avond voordien halve dosis ochtend zelf |
| VOEDINGSSUPPLEMENTEN Sint-Janskruid Ginkgo Biloba | > 7 d > 7 d |

Preoperatief beleid bij ontstollende medicatie . Welke medicatie? Wanneer stoppen?

(zie ook richtlijn blz. 20-21)

Beleid bij ANTI - AGGREGANTIA:

| | | WANNEER STOPPEN |
|-------------|-------------------|-----------------|
| Aspirine | | 5 à 7 d |
| Aggrenox® | ASA + dipyridamol | 7 d |
| Brilique® | Ticagrelor | 7 d |
| Efient® | Prasugrel | 7 d |
| Persantine® | Dipyridamol | 1 - 2 d |
| Plavix® | Clopidogrel | 7 d |
| Ticlid® | Ticlopidine | 10 d |

Tip: Na het stoppen dienen deze producten niet vervangen te worden door bv. LMWH.

-> Beleid Nieuwe orale anticoagulantia (NOAC)

| | | WANNEER STOPPEN | |
|----------|-------------|---------------------------------------|--|
| Xarelto® | Rivaroxaban | > 48 u | |
| Eliquis® | Apixaban | > 48 u | |
| Pradaxa® | Dabigatran | > 72 u (3 dagen) > 120 u (5 dagen) | Creat clearance > 50 Creat clearance < 50 |

-> Beleid Klassieke orale anticoagulantie

| | | WANNEER STOPPEN | |
|------------|---------------|-------------------------------|--|
| Marcoumar® | Fenprocoumon | 7 à 10 d* | Wel vervangen door LMWH van zodra INR < 2 → Bepaal PT + INR + TBC de dag VOOR de ingreep |
| Marevan® | Warfarine | 7 d | |
| Sintrom® | Acenocoumarol | 5 à 7 d | |
| | | *Afhankelijk van initiële INR | |

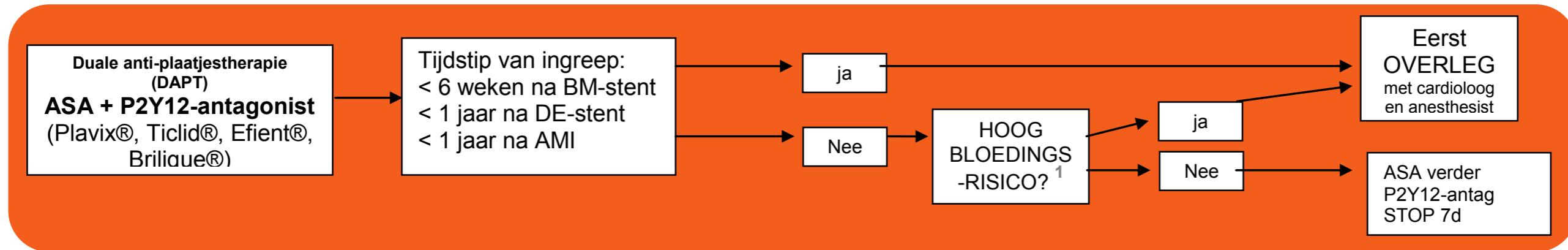
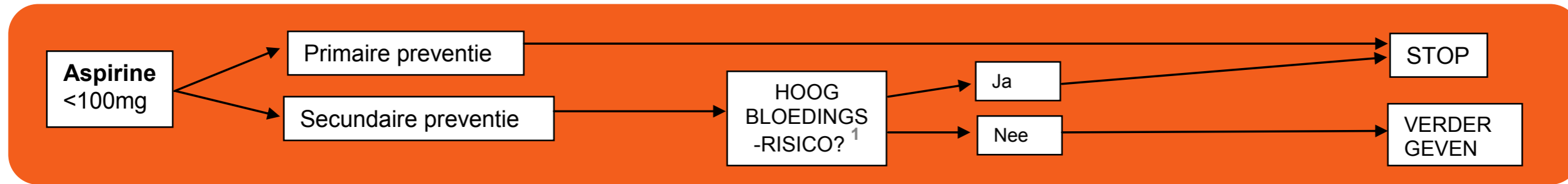
Beleid bij laag moleculair gewicht bij Heparines LMWH:

| | | WANNEER STOPPEN |
|------|----------------------|-----------------|
| LMWH | Profylactische dosis | 12 u |
| LMWH | Therapeutische dosis | 24 u |

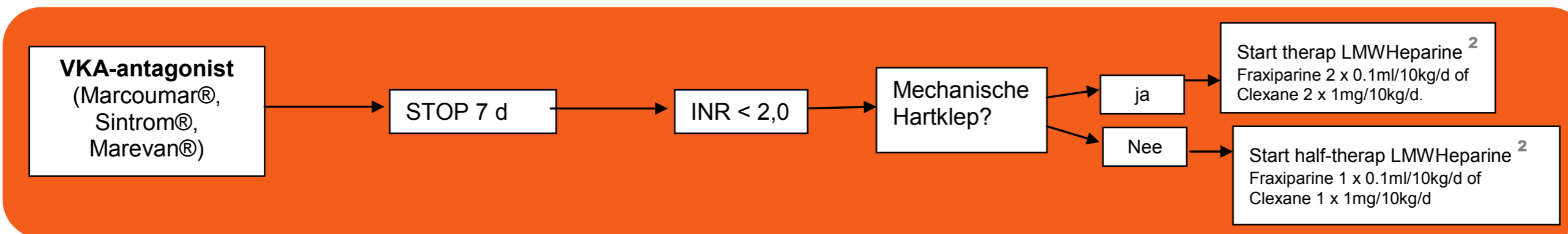
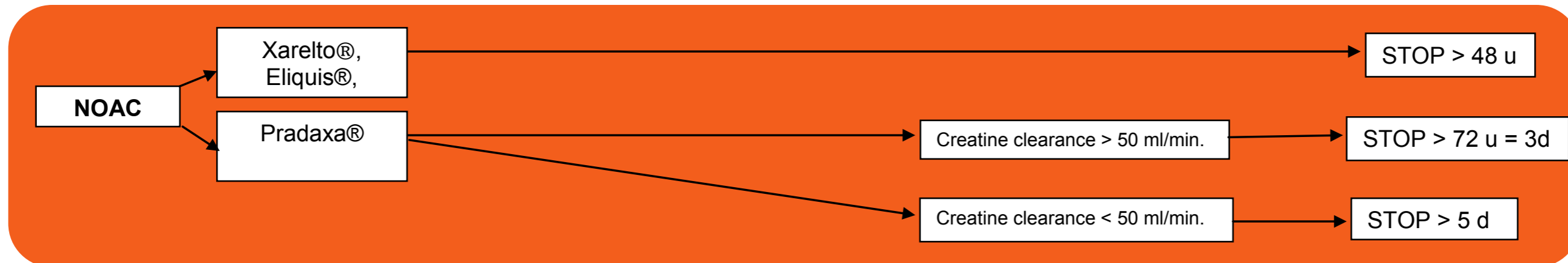
Tip 1: Bij langdurig gebruik van LMWH: bepaal steeds het aantal TBC preoperatief

Tip 2: Pas de dosis aan (verlagen) van LWMH bij gedaalde nierfunctie

Tip 3: Gebruik in de perioperatieve periode enkel kortwerkende LMWH (geen Fraxodi®)



¹ Hoog bloedingsrisico: TURP, open prostatectomie, spinale of intracraniale chirurgie, epidurale of spinale catheter, oogtrabeculectomie, ooglidHK, posterieure oogkamer HK



² Dosisaanpassing volgens nierfunctie, + bepaal PT, INR en trombocyten de dag voor de ingreep

*Steeds individueel af te spreken én overleg bij vasculaire en cardiale chirurgie en cardiologische interventies.

AZ Delta RICHTINGGEVEND SCHEMA: Welke preoperatieve onderzoeken?

| | ASA I | ASA II | ASA III | ASA IV |
|----------------------|---|--|--|---|
| | Normaal gezonde pt | Pt met lichte systemische aandoening | Pt met invaliderende systemische aandoening, die normale activiteit beperkt | Pt met invaliderende systemische aandoening, constante bedreiging voor het leven |
| | | <input type="checkbox"/> goed behandelde hypertensie <input type="checkbox"/> goed geregelde diabetes <input type="checkbox"/> milde obesitas, anemie <input type="checkbox"/> lichte chronische bronchitis | <input type="checkbox"/> ernstig onregelde hypertensie <input type="checkbox"/> ongecontroleerde of onregelde diabetes <input type="checkbox"/> morbide obesitas, ernstig COPD, OSAS,... <input type="checkbox"/> matige angina pectoris <input type="checkbox"/> beginnende cordecensatie | <input type="checkbox"/> angor pectoris in rust <input type="checkbox"/> pulmonaire insufficiëntie <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> cardiale insufficiënte <input type="checkbox"/> leverinsufficiëntie |
| niet-majeure ingreep | ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + (LABO op indicatie; ELG indien ≥ 65 j) | | | |
| majeure ingreep | ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + LABO + ECG Andere technische onderzoek op indicatie | | | |

ECG
1. altijd indien > 65j +
2. op klinische indicatie

RX THORAX:
Op klinische indicatie

ANDERE:
(vb. longfunctie, echocardiografie,...):
Op klinische indicatie

LABO:

- altijd *Complet* (Hb, Hct, TBC, WBC): en ook
 1. bij recent bloedverlies
 2. bij infectie
- altijd *Stolling* (PT, aPTT, INR): en ook
 1. bij nier –en leverziekte, alcoholisme+++
 2. bij orale anticoagulantia: oude + nieuwe
- altijd *Nefro + Iono* (Creatinine, GFR – Na, K, Cl): en ook
 1. bij ernstig nierlijden
- altijd **Glycemie**: en ook
 1. bij obesitas +++, diabetici

Onderzoeken van < 6 maand oud, dienen niet te worden herhaald, tenzij er een recente verandering is van de klinische situatie

KLINISCH EVALUATIE:

- door Huisarts:
 1. bij voorkeur voor niet-majeure ingreep bij ASA 1 patiënt
 2. steeds bij ASA 2 + ASA 3 + ASA 4 patiënt
- door extra Orgaan Specialist (cardioloog, nefroloog, pneumoloog,...)
 - 1 op klinische indicatie én
 - 2 afhankelijk van type en aard ingreep
- door Anesthesist
 1. Preop opgenomen patiënt: dag voordien op de afdeling én
 2. Vroeger ernstig anesthesie of perop probleem én
 3. Op specifieke vraag of indicatie
Via de preoperatieve consultatie

Preoperatieve checklist

Algemene aandachtspunten:

- Werd preop medicatie toegediend? ja nee, omdat
.....
- Nuchter vanaf:uur
- Identificatiebandje aan? ja
- Medisch dossier mee (indien van toepassing)? ja nee
- Type and screen uitgevoerd? ja nee Onvt
- Pacemaker/defibrillator? ja
- Indien ja, geherprogrammeerd? ja nee
- MRSA? ja nee
- Andere infectie? ja nee
- ...- Zo ja, welke?
- Dementie / verwardheid? ja nee

Verpleegkundige aandachtspunten:

| | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|
| Operatiehemd aan? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee |
| Hoorapparaat uit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Tandprothese uit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Bril/lenzen uit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Juwelen/ringen/piercings uit? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee | <input type="radio"/> nvt |
| Kunstnagels/nagellak verwijderd? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| IV toegangspoort? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee |
| Trombose profylaxe kousen aan? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Geürineerd preop? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nee |
| Operatiezone geschoren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Voldoende etiketten? | <input type="radio"/> ja | |
| Antidecubitus matras geplaatst? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nvt |
| Anderstalig? | <input type="radio"/> ja | Zo ja, taal:..... |

Parameters preoperatief: :

| Bloeddruk | Pols | Temperatuur | SpO2 | Pijn |
|-----------|------|-------------|------|------|
| mmHg | /min | ° | % | /10 |

Opmerkingen:

.....

.....

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

