

# PREOPERATIEF DOCUMENT VOLWASSENEN



Patiëntenvignet

Dit preoperatief document is bedoeld om alle nodige informatie te verzamelen om u veilig door de anesthesie en de operatie/procedure te brengen. Gelieve de vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en op advies van uw behandelend arts contact op te nemen met uw huisarts om een afspraak te maken van gepaste duur om het boekje te vervolledigen.

Breng dit document bij elke raadpleging of onderzoek voor uw operatie/procedure mee. Gelieve ook elke verandering of aanpassing aan uw gezondheidstoestand of medicatie steeds mee te delen aan de anesthesist/de verpleegkundige.

## I. IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / CHIRURG ([www.thrombosiscare.be](http://www.thrombosiscare.be)):

Behandeld arts / chirurg: .....

Diagnose: .....

Geplande ingreep: ..... Zijde:  Links  Rechts

Bloedingsrisico of ernst van de bloedingscomplicatie:  Laag  Hoog

(cf. protocol LMN: [perioperatief beleid antitrombotica/anticoagulantia](#))

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

Opname:  Dagziekenhuis  Hospitalisatie

Voorkeur anesthesie:  Algemene anesthesie  Locoregionale anesthesie  Sedatie  Gemonitorde lokale anesthesie

Contactgegevens dienst anesthesiologie:

Telefoon: algemeen nummer ziekenhuis: 050/36 91 11, anesthesie: 050/36 50 10 Fax: 050/37 01 27

Email: [anesthesie@stlucas.be](mailto:anesthesie@stlucas.be)

## II. 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

### 4. Gewoontes

Ja – neen<sup>1</sup> Rookt u? Zo ja, hoeveel? ...../dag, gedurende ..... jaar

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

Ja – neen<sup>1</sup> Gebruikt u alcohol? Zo ja, ..... glazen / week

Ja – neen<sup>1</sup> Gebruikt u drugs? Zo ja, welke ..... Frequentie? .....

<sup>1</sup> Bij gebruik van genotsmiddelen kunnen ten gevolge van anesthesie en operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken moet de anesthesist volledig ingelicht worden over wat u neemt.

5. 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?.....

6. Familiaal

- Ja – neen      Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie?  
Zo ja, welke problemen?.....

7. 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? .....

8. Bloedstolling

- Ja – neen      Hebt u gemakkelijk blauwe plekken zonder reden? Hebt u last van bloedend tandvles? 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? .....

9. Enkel voor vrouwen

- Ja – neen      Zou het mogelijk zijn dat u zwanger bent?

10. 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 a.u.b.**

### III. INSTRUCTIES VOOR DE PATIËNT

1. Nuchtertijden

- Enkel een beperkte hoeveelheid plat water mag tot 2 uur voor de ingreep
- Vaste voeding mag tot 6 uur voor de ingreep

2. Richtlijnen i.v.m. dagziekenhuis

Als u in dagziekenhuis opgenomen wordt, dan zal u de eerste 24 uur na de operatie geen auto, fiets of bromfiets besturen. U zal het dagziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding en u zal de richtlijnen van een arts en de verpleegkundige 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 narcose.

3. Hygiënische richtlijnen

Een goede lichaamshygiëne vermindert het risico op infecties.

Enkele aandachtspunten:

- Was u grondig (best onder de douche) de dag voor de ingreep. Tenzij uw behandelende arts andere instructies geeft, volstaat gewone zeep.
- Bijzondere aandacht verdienen oksels, borstplooien, liezen, navel en bilnaad evenals de ruimte tussen de tenen.
- Was ook uw haren met een gewone shampoo.
- Poets zeker uw tanden. Ook een antiseptische mondspoeling wordt 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.

- Haarspelden, juwelen zoals piercings, ringen, halsketting, uurwerk, armband, oorbellen... mag u niet dragen tijdens de operatie. Ook contactlenzen moet u verwijderen. Zoals alle andere waardevolle voorwerpen laat u die best thuis.
  - Rookstop 10 dagen voor de operatie is aan te raden.
4. Gelieve mee te brengen:
- Identiteitskaart
  - Bloedgroepkaart en allergiekaart
  - Dit patiëntendocument
  - Gegevens hospitalisatieverzekering
  - Indien u reeds geopereerd werd, mag u de antifleetitis-kousen/buikband meebrengen.
5. Richtlijnen i.v.m. uw medicatie in de peri-operatieve fase  
 U moet alle medicatie innemen tot en met de ochtend van de operatiedag met een klein slokje water, **behalve** de medicatie uit **tabel 2 op blz. 4.**

**V. TOESTEMMINGSFORMULIER ANESTHESIE EN PERI-OPERATIEF BELEID**

1. Ik heb de vragenlijst gelezen, begrepen en waarheidsgetrouw ingevuld en indien ik dit wenste, heb ik verduidelijking gekregen van de anesthesist.
2. Ik bevestig dat ik informatie heb gekregen van de dienst anesthesie via de informatiebrochure of op de preoperatieve raadpleging over de voorgestelde anesthesietechnieken en dat ik geïnformeerd ben over de voordelen en de mogelijke risico's van de verschillende technieken + de alternatieven.
3. Ik geef aan de geneesheren van de dienst anesthesie de toestemming om een anesthesie te verrichten of elke andere nodig geachte medische daad uit te voeren in de peri-operatieve periode.
4. Ik begrijp dat het type van anesthesie en/of analgesie gewijzigd kan worden zonder mijn medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn. Ik begrijp dat zeldzame complicaties kunnen optreden bij elke anesthesie- en/of analgesiemethode.
5. Ernstige, zeldzame complicaties zijn: hart- en ademhalingsproblemen, ernstige allergische reacties, oogzenuw- en hersenschade en overlijden. Andere mogelijke complicaties afhankelijk van het type anesthesie, omvatten: schade aan de tanden, de stembanden, de lippen, misselijkheid en braken, duizeligheid. Tijdelijk van aard kan er troebel zicht, geheugenstoornissen en verwardheid optreden.
6. Ik verbind mij ertoe aanbevelingen betreffende nuchter zijn, hygiëne en medicatie innemen nauwgezet te volgen.
7. Ik zal het dagziekenhuis 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 narcose 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 plaats hiernaast uw handtekening)**  
 .....

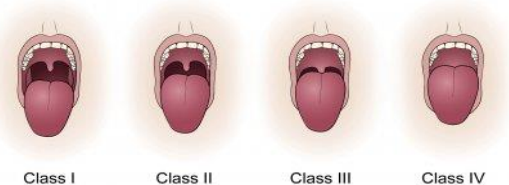
**GELEZEN EN GOEDGEKEURD**

Patiënt (naam, datum & handtekening)	Anesthesist (stempel en handtekening)
--------------------------------------	---------------------------------------

**V. IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS**

1. Relevante medische voorgeschiedenis:  
 .....  
 .....  
 .....
2. Anamnese (bevraag zeker cardiale symptomen / alcohol / bloedingsrisico / allergie /...):  
 .....  
 .....  
 .....

3. Klinisch onderzoek:  
 Gewicht: ..... Lengte: ..... BMI: .....  
 Bloeddruk: ..... Pols: ..... Hart-long ausc.: .....  
 Enkeloedeem: ..... Art. pulsaties: .....  
 Andere:  
 .....



Mallampati-score omcirkelen (KO in zithouding, tong zo ver 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: graag recentste verwijsbrief specialist bijvoegen; ASA IV: indicatie voor ZH-pre-op)
5. Soort ingreep:  Mineur  Intermediair  Majeur (zie “Richtlijnen voor de arts” bijlage 1 of app KCE)
6. **Medicatie: graag de medicatielijst en de te stoppen medicatie hieronder controleren en zo nodig vervolledigen.**
7. Heeft de patiënt reeds vroegtijdige zorgplanningsdocumenten opgesteld?  
 Negatieve wilsverklaring  Vertegenwoordiger  Wilsverklaring euthanasie  
 Wie heeft deze documenten in kopie? .....

**VI. RICHTLIJNEN VOOR DE PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN UIT TE VOEREN DOOR DE HUISARTS/BEHANDELD ARTS: ZIE FORMULIER “RICHTLIJNEN VOOR DE ARTS” ([www.kgbn-habo.be/documenten](http://www.kgbn-habo.be/documenten), praktijkondersteuning of [www.hakmiddenkust.be/documenten](http://www.hakmiddenkust.be/documenten)) OF VIA DE APP/WEBSITE “KCE”: ‘PREOPERATIEF ONDERZOEK’. STEEK DE NODIGE DOCUMENTEN (LABO – EKG - EVT. VERWIJSBRIEVEN) TUSSEN DEZE PAGINA’S.**

**MEDICATIESCHEMA’S**

**Tabel 1: Thuismedicatie patiënt door patiënt in te vullen en bij te vullen door de huisarts.**

	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 bloedverdunders, 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