

Preoperatieve voorbereiding kind jonger dan 15 jaar



Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL.....	3
1 STOPMOMENT.....	4
2 PREOPERATIEF OPNAMEFORMULIER.....	5
3 KLINISCH ONDERZOEK	6
4 INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER.....	7
5 TOESTEMMINGSFORMULIER ANESTHESIE.....	10
6 PREOPERATIEVE VRAGENLIJST.....	11
7 CONTACTGEGEVENS	14

Beste ouders

U dient deze brochure **ten laatste 48 uur** voor de behandeling **ingevuld en ondertekend** te bezorgen bij dienst Preoperatief consult of aan de onthaalbalie van het ziekenhuis.

patiëntenetiket

1 Stopmoment

In te vullen door dienst Anesthesie.

Fiat dr. anesthesist

Datum: / /

Initialen:

Handtekening:

Stempel:

Advies medicatie:

Standing order preoperatieve medicatie (zo nodig, na overleg ouder):

.....
.....

andere:

.....
.....

Instructies:

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

2 Preoperatief opnameformulier

In te vullen door de behandelende arts.

Preoperatief consult

Tel. 09 310 06 43

E-mail: preoperatief.consult@azalma.be

Openingsuren: van 8.30 tot 18.30 uur

Behandelende arts: Handtekening Stempel	Verpleegkundige Preoperatief consult: Handtekening
--	--

Ingreep:			
Datum ingreep:	... / ... / om u.	Soort anesthesie:	
		<input type="checkbox"/> algemeen	<input type="checkbox"/> locoregionaal
Nuchter:	- <u>Tot 8u voor de operatie:</u> normale maaltijd - <u>Tot 6u voor de operatie:</u> lichte voeding: yoghurtje, cracker, boterham met zoet beleg,... en normaal drinken (water, melk, ...) - <u>Tot 4u voor de operatie:</u> borstvoeding of plat water U mag tot 1uur voor aanmelding in het ziekenhuis plat water aanbieden aan uw kind.	<input type="checkbox"/> lokaal	<input type="checkbox"/> sedatie
		Consult anesthesie:	.../.../... om ...u.

3 Klinisch onderzoek

In te vullen door de behandelende arts, kinderarts of huisarts.

Via de preoperatieve eForms functionaliteit in uw EMD softwarepakket en kies AZ ALMA (71003208) als bestemming.

Pols: / minuut Gewicht:

Bloeddruk: mm Hg Lengte:

Longauscultatie:

Hartauscultatie:

Abdomen:

Mobiliteit hals, mandibula en mond:

Risiko-inschatting	
ASA	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Difficult mask ventilation	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> ≥ 2
Besluit	
Anesthesie	<input type="checkbox"/> mogelijk <input type="checkbox"/> niet mogelijk

Handtekening en stempel arts:

Indien er opmerkingen zijn bij het klinisch onderzoek, dient de arts contact op te nemen met dienst Anesthesie.

4 Informatie- en toestemmingsformulier

Te ondertekenen door behandelende arts EN ouders/voogd.

Voor een ingreep, procedure of opname van een kind.

Als ouder/voogd heeft u recht op informatie over de aandoening van uw kind en over de aanbevolen chirurgische, medische en diagnostische procedures.

U kunt alleen een beslissing nemen over het ondergaan van een procedure/ingreep van uw kind, als u voldoende bent ingelicht over de kostprijs van de behandeling, het doel en de risico's van de behandeling, de risico's van niet-behandelen of uitstel van de behandeling, andere behandelingsmogelijkheden en diagnostische onderzoeken. Deze informatie is niet bestemd om u te verontrusten. De bedoeling is om u voldoende te informeren, zodat u een goede beslissing kunt nemen over de voorgestelde behandeling voor uw kind. U heeft het recht op bijkomende uitleg van uw arts als u de(ze) informatie niet volledig begrijpt.

1. Ondergetekende verklaart duidelijk dat hij/zij toestemming verleent tot de volgende ingreep/procedure bij zijn kind:

.....

Ik geef toestemming tot lokale/algemene verdoving bij mijn kind, nodig om deze procedure veilig en effectief te verrichten.

Hiervoor is een opname en/of ambulante procedure voorzien in AZ Alma vanaf/op

2. Op ... / ... / heeft de arts mij precieze informatie gegeven over de gezondheidstoestand van mijn kind en over de diagnose

(.....)
die deze ingreep/procedure/opname nodig maakt.

Hij heeft mij in eenvoudige en verstaanbare termen de mogelijke evolutie omschreven, als men niet tot de bovengenoemde procedure overgaat.

Hij gaf mij ook inlichtingen in verband met andere behandelingen/onderzoeken, indien zij bestaan, met hun voor- en nadelen. Hij heeft mij tevens het nut en de doeltreffendheid van de voorgestelde behandeling uitgelegd.

3. De arts heeft mij duidelijk de aard en de ingreep/procedure zelf beschreven, het ongemak dat hieruit kan voortvloeien, alsook de risico's en mogelijke onmiddellijke en laattijdige verwickelingen. Ik heb in dit verband mondelinge en/of schriftelijke uitleg ontvangen. Ik besef dat de meeste diagnostische, chirurgische of medische procedures aanleiding kunnen geven tot ontsteking, bloeding, bloedklontervorming (trombose) en allergische reacties. Met betrekking tot de geplande ingreep/procedure werd ik ook ingelicht over andere mogelijke risico's, met name:

.....
.....

Ik begrijp ook dat de geneeskundige klinische praktijk geen exacte wetenschap is, dat een opsomming van de mogelijke complicaties nooit volledig kan zijn en dat er geen verbintenis/overeenkomst kan aangegaan worden over het uiteindelijke resultaat van de ingreep/procedure.

4. Men heeft mij op de hoogte gebracht dat gedurende de ingreep/procedure/opname, in geval van onvoorziene omstandigheden, de arts genoodzaakt kan zijn de ingreep/procedure uit te breiden met bijkomende behandelingen, verschillend van diegene die oorspronkelijk werden voorzien. In deze omstandigheden geef ik de toestemming aan de arts om elke daad te stellen die hij absoluut noodzakelijk acht voor het behoud of het herstel van de gezondheidstoestand van mijn kind. (= DNR 0: volledige reanimatieprocedure toepassen, alsook maximale therapeutische ondersteuning)
5. Ik geef toestemming om – indien nodig – bloedproducten toe te dienen bij mijn kind. Er is een informatiebrochure beschikbaar voor de patiënt (noot 2).
6. Ik geef toestemming om voor/tijdens/na de bovenvermelde ingreep/procedure anoniem beeldmateriaal of foto's te nemen, die later kunnen gebruikt worden voor medisch onderwijs of wetenschappelijke publicatie.
7. Ik ben op de hoogte gesteld van een schatting van de financiële kosten in verband met dit type van behandeling/procedure, in verhouding met mijn persoonlijke eisen. Ik informeer zelf over de mate van tussenkomst van mijn hospitalisatieverzekering.
8. Ik geef toestemming aan de hieronder vermelde arts om de ingreep of procedure uit te voeren in samenwerking met een door hem/haar gekozen arts of arts-specialist in opleiding.

9. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en de arts heeft hierop op voldoende wijze geantwoord. Ik heb de antwoorden goed begrepen.

10. Ik verklaar dat ik de arts op eerlijke wijze heb ingelicht over de vooraf bestaande gezondheidstoestand van mijn kind.

Ik geef mijn toestemming voor de uitvoering van de bovenvermelde behandeling/procedure/ingreep bij mijn kind.

Datum: ... / ... /

Te vermelden "gelezen en goedgekeurd"

Handtekening ouder/voogd:

Handtekening en stempel van de behandelende arts:

Noot:

1. Gelieve de rubrieken te schrappen waarmee u NIET akkoord gaat.
2. Indien niet akkoord met puntje 5 (bloedtransfusie) gelieve het décharge-formulier voor patiënten die een bloedtoediening weigeren, in te vullen.
3. Voor het bewaren van cellen en weefsel dient u toestemming te geven op een afzonderlijk formulier.

5 Toestemmingsformulier anesthesie

Te ondertekenen door ouder/voogd.

9 aandachtspunten die de veiligheid van uw kind verhogen:

1. Het inademen van maaginhoud tijdens een sedatie of anesthesie is gevaarlijk. Ik houd mij daarom aan de afspraken omtrent nuchter zijn van mijn kind.
2. Sommige geneesmiddelen kunnen zwaardere neveneffecten hebben tijdens anesthesie. Ik geef enkel die geneesmiddelen aan mijn kind die door de arts worden voorgeschreven.
3. Ik laat mijn kind de 1^e nacht na de behandeling niet alleen.
4. Sierraden en piercings (ook op minder zichtbare plaatsen) verwijder ik bij mijn kind of laat ik op voorhand verwijderen, want deze kunnen tijdens een ingreep ernstige letsels veroorzaken (scheuren, brandwonden).
5. Indien de chirurg en/of anesthesist dit nodig vinden, blijft mijn kind overnachten in het ziekenhuis.
6. In het kader van interne kwaliteitscontrole ga ik ermee akkoord dat de gegevens van mijn kind naamloos worden verwerkt (telefonische follow-up en enquête).
7. Ik kreeg voldoende informatie omtrent de ingreep, het onderzoek en de narcose en ik verbind mij ertoe de aanbevelingen nauwgezet te volgen.
8. Ik bevestig dat ik de flyer "Preoperatieve voorbereiding kind jonger dan 15 jaar - Instructies voor ouders" ontvangen, gelezen en begrepen heb. Ik houd me aan de afspraken omtrent nuchter zijn.
9. Ik verklaar mij akkoord dat mijn kind een heelkundige ingreep of onderzoek ondergaat onder anesthesie (algemeen / regionaal / lokaal) in (dag)hospitalisatie. Ik verleen mijn toestemming om gelijk welke medische daad uit te voeren die nodig wordt geacht.

<p>"Gelezen en goedgekeurd"</p> <p>Naam ouder/voogd:</p>	<p>Datum: ... / ... /</p>
--	----------------------------------

6 Preoperatieve vragenlijst

In te vullen en te ondertekenen door ouder/voogd.

6.1 Informatiegegevens kind

Naam: Voornaam:
Geboortedatum : Gewicht:
Telefoonnummer: Lengte:
Behandelend chirurg:
Geplande ingreep:
Geplande datum:
Huisarts:

6.2 Vragenlijst

Wilt u zo vriendelijk zijn bijgevoegde vragenlijst waarheidsgetrouw in te vullen. Juiste informatie rond de gezondheidstoestand van uw kind zal ons toelaten de best aangepaste zorgen in verband met de anesthesie toe te dienen.

	ja	neen
Is uw kind ooit ernstig ziek geweest?	0	0
Toelichting:		
Werd uw kind ooit in het ziekenhuis opgenomen?	0	0
Toelichting:		
Zijn er ter gelegenheid van vroegere operaties of verdoving ooit problemen, moeilijkheden of verwickelingen geweest?	0	0
Toelichting:		

	ja	neen
Zijn er ooit problemen in verband met de verdoving voorgekomen bij familieleden van u of uw partner?	0	0

Toelichting:

Moet uw kind regelmatig geneesmiddelen innemen of gebruiken?	0	0
--	---	---

Welke:

Is uw kind overgevoelig (allergisch) aan bepaalde stoffen of geneesmiddelen?	0	0
--	---	---

Toelichting?

Heeft uw kind ooit problemen gehad met HART of BLOEDSOMLOOP?	0	0
--	---	---

» Hartgeruis?	0	0
---------------	---	---

» Onregelmatige hartslag?	0	0
---------------------------	---	---

» Gewrichtsreuma?	0	0
-------------------	---	---

Heeft uw kind ooit problemen gehad met de ADEMHALING?

» Astma	0	0
---------	---	---

» Pneumonie (longontsteking)	0	0
------------------------------	---	---

» Bronchitis – bronchiolitis	0	0
------------------------------	---	---

» Hoest	0	0
---------	---	---

» Ademnood	0	0
------------	---	---

Toelichting:.....

Heeft uw kind ooit problemen gehad met de NIERWERKING?

» Ontstekingen	0	0
----------------	---	---

» Plasproblemen	0	0
-----------------	---	---

Toelichting:.....

Heeft uw kind ooit GEELZUCHT doorgemaakt?	0	0
---	---	---

ja neen

Heeft uw kind ooit problemen gehad met BLOED?

- | | | |
|---|---|---|
| » Anemie (bloedarmoede) | 0 | 0 |
| » Gebrekkige stolling of lang nabloeden | 0 | 0 |
| » bloedtransfusie | 0 | 0 |

Toelichting:.....

Kent u de bloedgroep van uw kind? 0 0

Bloedgroep: Rhesus:

Had Uw kind ooit problemen met het zenuwstelsel, het beenderstelsel of spierstelsel?

- | | | |
|---|---|---|
| » Stuipen (epilepsie) | 0 | 0 |
| » Hersenschudding, hersenkneuzing | 0 | 0 |
| » Hoofd-, hals- of gezichtsletsel | 0 | 0 |
| » Spierzwakte | 0 | 0 |
| » Ontwrichtingen (schouder, elleboog, heup ...) | 0 | 0 |

Toelichting:

Eventuele opmerkingen of toevoegingen:

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

Datum: / /

Naam en handtekening ouder/voogd:

7 Contactgegevens

Preoperatief consult

Openingsuren: van 8.30 tot 18.15 uur

Telefoonnummer: 09 310 06 43

Faxnummer: 09 310 10 04

E-mailadres: preoperatief.consult@azalma.be

Via preoperatief eForm in uw EMD naar eHealth anesthesie AZ ALMA