

GENEESHEER:

Opgemaakt op/...../.....

(Vul gegevens patiënt in indien geen klever)

Naam:	Geboortedatum:/...../.....
Adres:	Tel:/.....
.....	Geslacht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Patiëntnr:	Rijksregister nr:
Huisarts:	Mutualiteit:

Beste,

Wij bevestigen hierbij uw ziekenhuisopname in az West.

Mocht u vragen hebben, neem gerust contact op met het secretariaat

Datum ingreep:/...../.....	
Opnamedatum:/...../.....	
Opnameduur: dag(en) nacht(en)
Kamerkeuze: éénpersoonskamer	tweepersoonskamer
Opnamereden: (ingreep/invasieve procedure)	Zijde: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> bilateraal <input type="checkbox"/> NVT
Opmerking(en): <input type="checkbox"/> patiënt komt in aanmerking voor botbank <input type="checkbox"/> andere:	

Voor eventuele vragen over deze opname en/of de voorziene kamer kan u terecht bij de dienst inschrijvingen, tijdens de weekdays van 07:00 tot 17:30 uur, of op het telefoonnummer 058 33 34 30.

Gelieve u op de dag van opname met uw eID-kaart aan te bieden bij één van de kiosken voor uw inschrijving.

Bij wijzigingen zullen wij u contacteren.

Met vriendelijke groeten,

Dienst

INFORMED CONSENT ANESTHESIE VOOR DE PATIËNT(E) en wilsbekwame patiënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger (vader, moeder, voogd)

Ondergetekende(naam, voornaam)

Eventuele relatie tot de patiënt noteren:

- geeft toestemming voor een heelkundige ingreep of behandeling onder:
 - algemene anesthesie locoregionale anesthesie
 - sedatie gemonitorde lokale anesthesie
- heeft uitleg gekregen over de risico's, voordelen en nevenwerkingen van de anesthesie.
- heeft uitleg gekregen welke pijntherapie postoperatief mogelijk is.
- heeft tijdens de preoperatieve raadpleging de nodige educatie gekregen.
- heeft naast de mondelinge informatie van de behandelende arts en zijn team, de begeleidende brochures "**anesthesie**" en "**risico's bij algemene anesthesie, ruggeprik en zenuwblokkade**" gelezen en begrepen.
- verklaart alle pre- en postoperatieve richtlijnen te zullen respecteren.
- heeft de vragenlijst in deze patiëntenmap correct ingevuld.
- is akkoord dat hij/zij om medische redenen kan worden opgenomen op een verblijfsafdeling, ook al werd de operatie in dagverblijf gepland.
- Wanneer noodzakelijk voor het behoud van mijn gezondheidstoestand, geef ik **toestemming / geen toestemming** (schrappen wat niet past) aan de arts om tijdens de ingreep/behandeling bloed of andere bloedproducten (plasma, bloedplaatjes, ...) toe te dienen. Ik ben over alternatieve behandelingen geïnformeerd.
- zal het ziekenhuis niet verlaten zonder begeleiding, indien de ingreep via een dagopname gebeurt. De eerste 24 uur na thuiskomst blijf ik vergezeld van een volwassene die bekwaam is deskundige hulp in te roepen indien nodig.
- heeft er begrip voor dat de ingreep (zelden) omwille van dwingende medische redenen door de anesthesist/chirurg kan uitgesteld worden.
- is er zich van bewust dat het verboden is een auto, fiets of bromfiets te besturen, gevaarlijk werk te doen (machines bedienen,...), verbintenissen aan te gaan of verantwoordelijkheden op te nemen die een oordeelkundig inzicht vereisen tot 24 uur na de operatie, ongeacht de toegepaste verdovingstechniek.

geeft aan de geneesheren van de dienst anesthesie-reanimatie zijn/haar toestemming om een anesthesie te verrichten voor de operatie/behandeling.

Datum :/...../.....

Plaats:

Handtekening patiënt(e) en/of zijn

wettelijke vertegenwoordiger:

**INFORMATIE IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT
OF ZIJN WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER (LEEFTIJD 16+)**

(Gelieve Ja of Neen te omcirkelen)

A. Algemeen

1. Leeftijd:jaar Gewicht:..... kg Lengte: cm
2. Bent u allergisch of overgevoelig? Ja/Neen
 Zo ja, waarvan bent u allergisch of overgevoelig (aankruisen a.u.b)?
 Antibiotica Jodium Kleefpleister Latex/ rubber
 Andere:
3. Rookt u of hebt u ooit gerookt? Ja/Neen
 Zo ja, hoeveel en hoelang?
4. Drinkt u alcohol? Ja/Neen
 Zo ja, hoeveel glazen? per dag OF per week
5. Gebruikt u drugs? Ja/Neen
 Zo ja, welke:
6. Bent u reeds geopereerd geweest? Ja/Neen
 Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer?
7. Vertoonde u een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving? Ja/Neen
 Zo ja, welke problemen?
8. Hebt u ooit bloed gekregen? Ja/Neen
 Zo ja, waren er complicaties?

B. Mond, luchtwegen en longen

1. Hebt u een vals gebit? Ja/Neen
 Zo ja, is het een los of vast gebit? (schrappen wat niet past)
2. Hebt u loszittende tanden? Ja/Neen
3. Hebt u een van volgende aandoeningen?
 - astma Ja/Neen
 - chronische bronchitis Ja/Neen
 - tuberculose Ja/Neen

C. Hart- en vaataandoeningen

1. Lijdt u aan een hartziekte of hebt u ooit hartproblemen gehad? Ja/Neen
 Zo ja, specificeer:
2. Lijdt u aan een te hoge bloeddruk? Ja/Neen
3. Werd u ooit verteld dat u een hartklepafwijking / hartgeruis hebt? Ja/Neen

4. Wordt u snel kort van adem bij een inspanning? Ja/Neen
5. Hebt u vaak gezwollen enkels of voeten? Ja/Neen
6. Lijdt u aan of hebt u ooit last van de volgende aandoeningen?
- spataders in de benen Ja/Neen
 - flebitis in de benen Ja/Neen

D. Zenuwstelsel

1. Lijdt u of hebt u ooit een van de volgende zenuwaandoeningen gehad?
- epilepsie Ja/Neen
 - hersentrombose / hersenbloeding Ja/Neen
 - multiple sclerose Ja/Neen
 - migraine Ja/Neen
 - andere: specificeer

Rug en spieren

1. Hebt u nu of vroeger last gehad van de rug? Ja/Neen
2. Lijdt u of een familielid aan een spieraandoening? Ja/Neen

E. Maag, darmen en lever

1. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een van de volgende aandoeningen:
- een maagbreuk Ja/Neen
 - geelzucht Ja/Neen
 - een leveraandoening Ja/Neen
 - een maagzweer Ja/Neen
 - een maagbloeding Ja/Neen

F. Nieren

1. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een nieraandoening? Ja/Neen

G. Bloed

1. Bloedt u abnormaal lang na vb een snijwonde, operatie, ... Ja/Neen

H. Stofwisseling

1. Hebt u suikerziekte? Ja/Neen
2. Hebt u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen? Ja/Neen
3. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van uw schildklier? Ja/Neen

I. Verloskunde

1. Bent u of zou u zwanger kunnen zijn? Ja/Neen

J. Overige

1. Bent u in behandeling voor een ziekte, niet vermeld in deze vragenlijst? Ja/Neen
Zo ja, specificeer
2. Bent u in behandeling voor slaapapneu? Ja/Neen
Indien u beschikt over een slaaptoestel, gelieve deze mee te brengen op de dag van opname.
3. Hebt u een zorgplanningsdocument? Ja/Neen
Zo ja, welke: euthanasie negatieve wilsverklaring vertegenwoordiger
Wie heeft er deze documenten in kopie?

K. Wenst u nog iets te vermelden?

.....

