

IN TE VULLEN DOOR DE PATIENT: TOESTEMMINGSVERKLARING.

Ondergetekende, [in zijn/haar hoedanigheid van (wettelijk/gemandateerd) vertegenwoordiger van de minderjarige en/of wilsonbekwame] bevestigt hierbij n.a.v. [type ingreep / behandeling / onderzoek] door dr. op / / in verstaanbare bewoordingen te zijn ingelicht omtrent:

- * de vastgestelde diagnose
- * aard, doel, graad van urgentie, duur, frequentie en slaagkans
- * de te nemen voorzorgen , o.a. noodzakelijke pre- en postoperatieve onderzoeken, o.a. het niet mogen rijden met de fiets de eerste 24 uur na de ingreep / behandeling /onderzoek Ik weet dat het kind het ziekenhuis niet mag verlaten zonder begeleiding en er iemand thuis aanwezig dient te zijn de eerste 24u na de ingreep/onderzoek.
- * de eventuele voor- of nadelen, mogelijke complicaties en neveneffecten
- * de mogelijke alternatieven ivm onderzoek of behandeling
- * de post-procedurele analgesie
- * de kans op herstel met en zonder de ingreep / behandeling / onderzoek
- * de kostprijs van de ingreep / behandeling / onderzoek (met bijzondere aandacht voor het persoonlijk aandeel van de patiënt)
- * door wie de behandeling werd uitgevoerd

Ik werd voldoende in de gelegenheid gesteld om alle nog openstaande vragen te stellen en deze werden naar mijn voldoening beantwoord. Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen, erken ik dan ook over alle informatie te beschikken die ik wenselijk acht om in volledige vrijheid een weloverwogen beslissing te kunnen nemen tot het ondergaan van de ingreep / behandeling / onderzoek.

- * Ik ben bereid om mij strikt aan de aanwijzingen van de behandelende arts van mijn kind te houden om de ingreep / behandeling / onderzoek en het herstel zo gunstig mogelijk te laten verlopen. Ik realiseer mij dat, ondanks de grootste voorzorg en inspanning van de behandelende artsen en het verpleegkundige team en mezelf, geen absolute garantie op succes kan worden geboden.
- * Wanneer noodzakelijk voor het herstel of behoud van de gezondheidstoestand van mijn kind, geef ik aan de geneesheer toestemming om in de loop van bovenvermelde ingreep / behandeling / onderzoek bijkomende ingrepen / behandelingen / onderzoeken uit te voeren omwille van medische feiten die niet voorzien of gekend waren op het moment dat deze toestemming werd verleend.
- * Ik geef hiermee vrijwillig toestemming aan de hieronder vermelde arts om samen met eender welke arts en/of arts in opleiding die in zijn opdracht werkt of door hem geselecteerd werd en samen met al het verpleegkundig en paramedisch personeel onder directe supervisie van deze arts, bovenvermelde ingreep / onderzoek / behandeling te ondergaan.
- * Ik geef toestemming om anonieme fotografische gegevens vast te leggen voor, tijdens en na de ingreep / behandeling / onderzoek en deze te gebruiken voor medische- en onderwijsdoeleinden, voordrachten en wetenschappelijke publicaties inbegrepen.

Te allen tijde kan van deze ingreep / behandeling / onderzoek worden afgezien.

Opgemaakt te op / /20 om uur

Naam + Handtekening ouder/begeleider/vertegenwoordiger Voorafgegaan door gelezen en goedgekeurd Handtekening, naam uitvoerende arts of stempel met paraaf



SEDATIE - FICHE KIND

SJKI 132

Naam en voornaam :
Geboortedatum :
Tel. :
OF : identificatieklever

Datum:.....(zie ook in KWS OK-aanvraag)
Ingreep / behandeling / onderzoek :
.....(zie ook in KWS)
☐ Links ☐ Bilateraal ☐ Rechts
NUCHTER ☐ ja ☐ nee (zie ook in KWS)
Behandelende arts: (zie ook inKWS)

Naam huisarts : (zie ook in KWS patiënteninfo)
Doorgestuurd door Dr.....(zie ook in KWS)
Naam en telefoon wettelijk vertegenwoordiger/contactpersoon:(zie ook in KWS)

Aandacht bij NUCHTER zijn: Water mag tot max. 2uur voor de ingreep. Borstvoeding mag tot 4 uur voor de ingreep.
Eten mag tot max. 6 uur voor de ingreep (daarna ook geen flesvoeding, geen snoep of kauwgom.
Medicatie enkel 's morgens in te nemen na overleg met (huis)arts of kinderarts.

Pre-sedatie assessment:

Leeftijd: Lengte: Gewicht :
Is uw kind allergisch : ☐ Nee ☐ Ja, aan:
☐ Verdoving ☐ Rubber, latex ☐ Ontsmettingsstof / jood
☐ Andere (o.a. medicatie...?):.....

Werd uw kind vroeger reeds geopereerd? ☐ nee ☐ ja:

☐ Welke ingreep?
☐ Waren er toen problemen? Zo ja, welke :

Heeft uw kind ...(omcirkel): pacemaker - stimulator - ingeplante pomp - andere:
(voor pijnstilling of andere medische reden)

Heeft uw kind pijnklachten? ☐ nee ☐ ja, waar:

Is uw kind recent gevallen (< 6 maanden) of valt hij /zij meer dan gewoonlijk? ☐ nee ☐ ja:

Pijnbehandeling :

☐ Waren er bij de vorige behandeling problemen ? ☐ nvt ☐ nee ☐ ja, welke?
☐ Zijn er sinds de laatste behandeling nieuwe aandoeningen bij uw kind
vastgesteld ? (vb. suikerziekte...) ☐ nvt ☐ nee ☐ ja, welke?

Is uw kind in behandeling voor een bepaalde aandoening? ☐ nee ☐ ja:

☐ Ziekte van de longen :
☐ Ziekte van hart en bloedvaten :
☐ Ziekte van de nieren :
☐ Ziekte van de lever :
☐ neurologische ziekte :
☐ Ziekte van zenuwstelsel :
☐ Ziekte van spijsverteringsstelsel :
☐ Problemen met stolling van het bloed :
☐ Diabetes
☐ Andere

Wenst u nog iets te vermelden?

Medicatie: naam - dosis - vorm	Posologie freq./dag	Ontbijt	Middagmaal	Avondmaal	Slapen
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Post-anesthetic Recovery score (PAR-score): <i>in te vullen indien verpleegkundige de patiënt ontslaat. Zie ook in KWS</i>			
Spieractiviteit:	2	beweegt alle ledematen spontaan / op commando	Bewustzijn : 2 volledig wakker en georiënteerd 1 alleen wakker op aanspreken 0 niet wakker
	1	kan 2 ledematen spontaan / op comm. bewegen	
	0		
Ademhaling:	2	kan diep zuchten en adequaat ophoesten	Zuurstofsat.: 2 Sat. > 92 % bij kamerlucht 1 Sat. > 90 % met toediening extra O2 0 Sat. < 90 % met toediening extra O2
	1	moeizaam / kortademig	
	0	apnoe	
Circulatie:	2	BD < 20 % boven of onder pre-op. waarde	uur: PAR- score : / 10 Patiënt moet min. 9 / 10 scoren voor ontslag
	1	BD < 20 %-50 % > boven of onder pre-op. waarde	
	0	BD meer dan 50 % afwijkend van pre-op. waarde	