



h.-hartziekenhuis vzw

Mechelsestraat 24 – 2500 Lier
tel. 03-491 23 45 – fax 03-491 23 46

PATIËNTIDENTIFICATIE (grote sticker)

DAGZIEKENHUIS

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

Er werd voor U voor een behandeling of onderzoek gepland in het dagziekenhuis. Met deze folder willen we U enkele nuttige richtlijnen geven, die U zo strikt mogelijk dient te volgen om deze procedure vlot te laten verlopen.

Daarom vragen we U bijgaande verklaring goed te lezen, zo getrouw mogelijk in te vullen en voor akkoord te ondertekenen. Ook Uw begeleider dient dit formulier grondig te lezen en te ondertekenen.

Uw huisarts kan U helpen bij het invullen van dit formulier.

Zo U nog vragen heeft, aarzel dan niet deze te stellen aan Uw huisarts of specialist.

U wordt verwacht in het ziekenhuis op

dag	datum	uur
		<input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> nog af te spreken 1 werkdag voor geplande datum belt u ☎ 03 491.22.35 (ts. 14.00 en 15.00 u)

De dag van de opname bent U

- Niet** nuchter
- Nuchter (= 6 uur voor ingreep **NIET** eten; blijf **WEL** heldere drank* drinken tot 2 uur voor ingreep)
- Nuchter (= 8 uur voor onderzoek **NIET** eten; blijf **WEL** heldere drank* drinken tot 3 uur voor onderzoek)
- Nuchter na ontbijt met 1 of 2 beschuiten + thee (voor 07u00)

Let op: 24 uur voor uw ingreep niet roken, geen drugs, zware of vetrijke maaltijd of alcohol

(*Heldere dranken zijn: water, suikerwater, heldere fruitsappen zonder vruchtvlees (bvb. appelsap), heldere thee zonder melk, heldere baby-thee, zwarte koffie zonder melk.

◆ **ALGEMENE AANDACHTSPUNTEN:**

U BRENGT MEE NAAR HET ZIEKENHUIS:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1. Uw medicatie en medicatielijst | 4. Bloedgroepkaartje | 6. SIS – kaart & identiteitskaart |
| 2. Dit formulier (INGEVULD) | 5. RX (röntgenfoto's) | 7. |
| 3. Resultaten van onderzoeken | | |

Let op: **Raadpleeg uw behandelend arts-specialist en/of huisdokter** indien u vragen hebt over uw thuismedicatie op de dag van opname.

☞ **Bereid u voor op uw opname** en vind daaromtrent enkele raadgevingen **via www.hhzhlier.be** ☞



h.-hartziekenhuis vzw

Mechelsestraat 24 – 2500 Lier
tel. 03-491 23 45 – fax 03-491 23 46

TOESTEMMINGSVERKLARING

Ondergetekende (invullen in drukletters a.u.b.)

NAAM		VOORNAAM	
GEBOORTEDATUM			
STRAAT		NR	
POSTCODE		WOONPLAATS	

geef hiermee de toelating tot chirurgische ingreep, onderzoek en anesthesie (hiervoor nodig geacht) bij MEZELF

MIJN MINDERJARIG KIND

en verklaar akkoord te gaan met de volgende voorschriften:

ALGEMENE RICHTLIJNEN

1. De dag van de opname houd ik me aan de richtlijnen in verband met eten, drinken, roken, (zie pagina 1)
2. Ik zal me strikt houden aan de afspraken omtrent het uur van de opname en bij belet (b.v. verkoudheid, koorts, familiale reden, ...) zal ik telefonisch zo snel mogelijk verwittigen op het nummer 03/491.23.45 (ziekenhuis) of 03/491.22.35 (dagziekenhuis)
3. Ik zal **geen juwelen of waardevolle voorwerpen** meebrengen en **cosmetica en nagellak** zal ik **verwijderen**.
4. Ik zal de eerste 24 uur na ontslag **geen andere medicatie** gebruiken dan deze die door de geneesheer van het ziekenhuis of door mijn huisarts werd voorgeschreven. (**uitzondering:** endoscopie = 12 uur na het onderzoek) (NB: **ENDOSCOPIE** = gastroscopie, colonoscopie, ERCP, echo-endoscopie)
5. Ik ga akkoord met een eventuele opname in het algemeen ziekenhuis, indien dit nodig zou zijn.

SPECIFIEKE RICHTLIJNEN BIJ NARCOSE OF SPINALE-EPIDURALE ANESTHESIE

1. Ik heb de voorgeschreven onderzoeken als voorbereiding op de verdoving laten uitvoeren.
2. Tandprothese, bril, contactlenzen en hoorapparaat verwijder ik voor de ingreep.
3. Ik zal geen alcohol gebruiken 48 uur voor en na de behandeling omdat dit het effect van de verdoving versterkt.

BRENG DIT FORMULIER *INGEVULD* MEE NAAR HET ZIEKENHUIS !

4. Ik weet dat het verboden is te werken of belangrijke beslissingen te nemen de eerste 24 uur na de ingreep. (**uitzondering:** endoscopie = 12 uur na het onderzoek) Ik zal geen voertuigen (auto, moto, fiets) besturen en/of machines bedienen de eerste 24 uur na mijn ontslag. (**uitzondering:** endoscopie = 12 uur na het onderzoek) (NB: **E N D O S C O P I E** = gastroscopie , colonoscopie, ERCP, echo-endoscopie)
5. Om misselijkheid en braken te voorkomen zal ik de eerste 24 uur mijn maaltijden en activiteiten aanpassen. (**uitzondering:** endoscopie = 12 uur na het onderzoek)
6. Ik heb een duidelijke afspraak gemaakt met een verantwoordelijk persoon die me komt afhalen op de afdeling en die gedurende 24 uur na de ingreep in hetzelfde huis verblijft en toezicht houdt. (**uitzondering:** endoscopie = enkel noodzaak tot afhalen, toezicht is niet vereist)

De bovenstaande richtlijnen zijn grondig gelezen en voldoende duidelijk voor de patiënt en zijn begeleider.

IDENTITEIT VAN DE BEGELEIDER (drukletters a.u.b)			
NAAM		VOORNAAM	
STRAAT		NR	
POSTCODE		WOONPLAATS	

IK VERBLIJF DE EERSTE 24 UUR NA DE INGREEP OP VOLGENDE ADRES			
STRAAT		NR	
POSTCODE		WOONPLAATS	
TELEFOONNUMMER			

Gelezen en goedgekeurd

Datum

Handtekening patiënt

Handtekening begeleider

AANVRAAG ATTESTEN

Om een vlotte werking mogelijk te maken vragen we u in het onderstaand lijstje aan te duiden welke attesten, die door de arts ingevuld moeten worden, u nodig heeft.

Indien er door u meegebrachte formulieren dienen ingevuld te worden, geef ze dan samen met dit formulier aan de verpleegkundige van het dagziekenhuis. U krijgt de nodige attesten en ingevulde formulieren bij uw ontslag.

- werk
- school
- turnlessen
- omstandigheidsverlof op naam van
- van tot
- stempelcontrole
- hospitalisatieverzekering (geëigende formulieren aan verpleegkundige bezorgen !!)

BRENG DIT FORMULIER *INGEVULD* MEE NAAR HET ZIEKENHUIS !



h.-hartziekenhuis vzw

Mechelsestraat 24 – 2500 Lier
tel. 03-491 23 45 – fax 03-491 23 46

DIENST ANESTHESIE EN INTENSIEVE ZORGEN

PREOPERATIEVE VRAGENLIJST VOOR BEHANDELING IN HET DAGZIEKENHUIS

Mevrouw, mijnheer,
om de anesthesie zo vlot en veilig mogelijk te laten verlopen is het van belang de onderstaande vragenlijst zo **nauwkeurig** mogelijk in te vullen.

NAAM		VOORNAAM	
geboortedatum		gewicht	Kg
			bloedgroep (kaartje meegeven aub)

WAAROM WORDT U OPGENOMEN?

--

VROEGERE OPERATIES EN OPNAMES IN EEN ZIEKENHUIS

JAARTAL	REDEN VAN OPNAME/OPERATIE

MEDICATIEGEBRUIK

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL	HOEVEELHEID PER DAG

VAAK NEUSBLOEDINGEN of BLAUWE PLEKKEN?	JA	NEE
--	----	-----

OVERDREVEN BLOEDING BIJ VERWONDING?	JA	NEE
-------------------------------------	----	-----

ZIEKTEN OF AANDOENINGEN, NU OF VROEGER?
(b.v. hartklachten, ademhalingsproblemen, nierziekten, suikerziekte, ...)

--

ALLERGISCH OF OVERGEVOELIG AAN MEDICATIE	JA	NEE
--	----	-----

ZO JA? Welke

PROBLEMEN IN FAMILIE TIJDENS NARCOSE?	JA	NEE
---------------------------------------	----	-----

ZO JA? Welke

BRENG DIT FORMULIER *INGEVULD* MEE NAAR HET ZIEKENHUIS !

Uw huisarts kan U helpen bij het invullen van dit formulier