



Graag patiëntenklever indien men hierover beschikt

PATIËNTENMAP JOINT CARE - REVALIDATIE

Aanvraag door dokter :

Naam en voornaam : *M / V*

Datum opname : zondag **uur :** 16u30

Vermoedelijk opnameduur : zondagavond tot zaterdagmiddag

Voorkeurafdeling : F1

Kamervoorstel 1 2 3

Preoperatieve informatie voor de huisarts: blz. 6 t.e.m. 15

Gelieve **vooraf** uw kamer **persoonlijk** aan het onthaal van het ziekenhuis aan te vragen. Dit kan ook telefonisch (051/23.61.00). Indien er wijzigingen zijn i.v.m. de geplande opname, stellen we het erg op prijs om dit te melden aan het onthaal. Pas dan wordt een goede opnameplanning voor onze ziekenhuisbedden mogelijk.

2 Informatie in te vullen door de specialist - blauw

Wij kunnen niets definitief beloven i.v.m. de kamerkeuze, daar de bedbezetting soms ingrijpend gewijzigd wordt door dringende opnames.

Ter info aan de patiënt :

Tijdschema : Voorlichtingssessie :
 Individuele kinesitherapie :
 Gemeenschappelijke kinesitherapie :
 Opnamedatum :
 Operatiedatum :
 Ontslagdatum :

In te vullen door het secretariaat Heelkunde.

Indien een afspraak voor kinesitherapie voor u niet haalbaar is, gelieve dan op de voorlichtingssessie contact op te nemen met de ziekenhuiskinesitherapeut

BELANGRIJKE OPMERKING :

Gelieve bij de voorlichtingssessie volgende mee te brengen :

- Deze vragenlijst**

Gelieve bij de individuele kinesitherapie op maandag mee te brengen :

- Deze vragenlijst**
- ALLE radiografische opnames i.v.m. de geplande ingreep (longen + knie/heup en bekken)**
- Labo verslag**
- ECG**
- Krukken**
- Klevers van de mutualiteit + SIS Kaart**

Gelieve bij opname het volgende zeker mee te brengen :

- Kaart bloedgroep en allergieën zo u daarover beschikt**
- Huidige geneesmiddelen**
- Krukken**

GELIEVE ALLE JUWELEN EN WAARDEVOLLE VOORWERPEN THUIS TE LATEN

**BIJ OPERATIE : RINGEN VERWIJDEREN !!!
NAGELLAK VERWIJDEREN !!!**

Behoort u tot Kategorie E « speciale pathologieën » met goedkeuring van de adviserende geneesheer ?

Datum aanvraag :

Datum goedkeuring :

Toegestane periode : van tot

Gelieve deze patiëntenmap (+ toegevoegde onderzoeken) te bewaren en bij iedere ziekenhuisopname mee te brengen. Dit document blijft geldig gedurende 6 maanden. Mocht u binnen die 6 maanden een nieuwe operatie moeten

Copyright Orthopedie Roeselare
 ondergaan, gelieve de chirurg te vragen of er nieuwe onderzoeken moeten

www.orthopedie-roeselare.be

4 Informatie in te vullen door de patiënt - geel

Naam patiënt :

Adres :

Telefoon.....

Naam echtgenoot :

Contactpersoon tijdens het verblijf in het ziekenhuis :

Naam :

Adres :

Telefoon :

Huisarts : Naam :

Adres :

Tel. :Fax. :

Thuisverpleegkundige : Naam :

Tel. :Fax. :

Thuis kinesitherapeut : Naam :

Tel. :Fax. :

Andere hulpverlening : (vb. gezinshulp, warme maaltijden, poetsdienst...)

1. Naam :

Tel. :Fax. :

2. Naam :

Tel. :Fax. :

AANVULLENDE HULP

Aangevraagd : Ja / Nee

Overzicht thuiszorgdiensten :

- *thuisverpleging* : kan aangevraagd worden ofwel via de mutualiteit ofwel bij georganiseerde diensten ofwel bij een zelfstandige thuisverpleegkundige uit de buurt
- *kinesithérapie* : thuis kinesitherapeut of in een ziekenhuis
- *hulpmiddelen in de thuiszorg* : (o.a. bed, loophulp, krukken, WC-verhoger, personalarmsysteem....) : via uitleendienst van de mutualiteit, Rode Kruis, apotheker of bandagist
- *warme maaltijden* : via dienstencentrum, het OCMW of een private dienst
- *gezins- en bejaardenhulp* : via het ziekenfonds, het OCMW of onafhankelijke diensten – **zeker één week op voorhand aan te vragen**
- *poets hulp* : via ziekenfonds, OCMW of onafhankelijke diensten – **zeker één week op voorhand aan te vragen**
- *revalidatiecentrum* : aanvragen via het ziekenhuis – **enkele weken op voorhand aan te vragen**

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be



Indien u hieromtrent verder uitleg wenst, kan u steeds terecht bij uw huisarts of de sociale dienst van het ziekenhuis : tel . : 051/23.61.05

Sociale enquête :

In te vullen door de patiënt – vóór consult aan huisarts :

1. mantelzorg :

Woont U samen met iemand ?

Ja/Nee

Indien ja,

Naam :	1.	2.	3.
Leeftijd :			
is die persoon in staat u te helpen ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
is die persoon zelf hulpbehoevend ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Gaat die persoon uit werken ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Verwantschap : (echtgenoot, zoon...)			

Indien nee,

kan U beroep doen op anderen (familie, kennissen...)

Ja/Nee

Indien ja, Wie ?

Waarvoor ?

Leeftijd ?

Telefoonnummer ?

2. Situatie voor opname : is er al thuiszorg door formele of private diensten?

Ja/Nee

Indien ja, welke ?

Soorten hulpverlening:	Naam van de dienst + frequentie
Thuisverpleegkundige	
Thuiskinesist	
Warme maaltijden	
Klusjesdienst	
Personenalarmtoestel	
Poetshulp	
Gezins-en bejaardenhulp	
Andere (zoals brood aan huis, melkboer...)	

Indien nee, wie stond er dan in voor :

- maaltijden :

- poetsen :

- boodschappen :

- was :

Zullen deze personen na de operatie deze taken verder op zich (kunnen) nemen ?

Ja/Nee

Indien nee, gelieve dan regelingen te treffen. Deze dienen te gebeuren vóór de informatievergadering in het ziekenhuis.

Gelieve betrokken instanties aan te vullen op pagina 3 !!!

3. Situatie vóór opname : zelfzorg - ADL

Bent U in staat om :

- * zichzelf te verplaatsen ? Ja/Nee
 ⇒ indien nee, met hulpmiddelen ? Ja/Nee
 zo ja, welke
- * kleine transfers uit te voeren ? Ja/Nee
 ⇒ bed in en uit Alleen/Met hulp
 ⇒ van zetel naar bed of tafel Alleen/Met hulp
 ⇒ naar het toilet gaan Alleen/Met hulp
- * zich te wassen en zich aan te kleden ? Alleen/Met hulp
 ⇒ indien met hulp : dagelijks/wekelijks
 door wie ?

4. Andere

- * deed u nog aan lichaamsbeweging ? Ja/Nee
 indien ja, welk soort ? wandelen Frequent/Uitzonderlijk
 fietsen Frequent/Uitzonderlijk
 andere Frequent/Uitzonderlijk
- * hoe zal het vervoer van en naar het ziekenhuis geregeld worden ?
 familie
 kennis
 ziekenvervoerdienst
 Naam :
 Contactadres : straat
 postnr.....
- * zijn er huisdieren ? Ja/Nee
 indien ja, gelieve dan een regeling voor hun verzorging te treffen voor de periode tijdens ziekenhuisopname en herstel.

OPM. :

Indien U niet over de nodige informatie beschikt, mag U dit laten invullen door uw huisarts.

In te vullen door de patiënt en na te kijken door huisarts

Handtekening + datum PATIËNT	Handtekening + datum HUISARTS
---------------------------------	----------------------------------

8 Informatie in te vullen door de patiënt - geel

Stempel

Anamnese :

In te vullen door de patiënt EN na te zien door de huisarts a.u.b.:

Gelieve Ja of Nee te omcirkelen :

1. Algemeen

1. Leeftijd :jaar Gewicht :kg Lengte :cm
2. Vertoonde u een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving? Ja / Neen
 Zo ja, welke problemen?.....
3. Bent u allergisch of overgevoelig? Ja / Neen
 Zo ja, aan wat bent u allergisch of overgevoelig (aankruisen a.u.b.)?
 Antibiotica Jodium Kleefpleister
 Andere
4. Hebt u een longfoto gehad de laatste 12 maanden? Ja / Neen
5. Hebt u een hartfilmpje/ECG gehad de laatste 6 maanden? Ja / Neen
6. Bent u opgenomen geweest in een ziekenhuis de laatste 6 maanden? Ja / Neen
 Zo ja, waarvoor bent u opgenomen geweest?

7. Bent u in behandeling voor een ziekte? Ja / Neen
 Zo ja, welke?
8. Bent u reeds geopereerd geweest? Ja / Neen
 Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer ?.....
9. Hebt u ooit bloed gekregen? Ja / Neen
 Zo ja, waren er complicaties ?.....
10. Rookt u of hebt u gerookt? Ja / Neen
 Zo ja, hoeveel en hoelang?
11. Drinkt of dronk u regelmatig alcohol? Ja / Neen
 Zo ja, specificeer :

2. Hart- en vaataandoeningen

12. Lijdt u aan een hartziekte of hebt u ooit hartproblemen gehad? Ja / Neen
 Zo ja, specificeer :
13. Lijdt u aan een te hoge bloeddruk? Ja / Neen
14. Werd u ooit verteld dat u: a) een hartgeruis hebt? Ja / Neen
 b) een hartklepafwijking hebt? Ja / Neen
15. Hebt u soms hartproblemen zoals: * hartkloppingen ? Ja / Neen
 * een hartoverslag ? Ja / Neen
 * borstpijn ? Ja / Neen
16. Wordt u snel kort van adem bij een inspanning? Ja / Neen

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be



10 Informatie in te vullen door de patiënt en na te kijken door de huisarts - geel

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 17. | Bent u soms kort van adem in rusttoestand? | Ja / Neen |
| 18. | Bent u kort van adem, als u plat ligt op bed zonder kussens onder uw hoofd? | Ja / Neen |
| 19. | Hebt u vaak gezwollen enkels of voeten? | Ja / Neen |
| 20. | Bent u het laatste jaar flauwgevallen of onwel geworden? | Ja / Neen |
| 21. | Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van de volgende aandoeningen? | |
| | * spataders in de benen | Ja / Neen |
| | * flebitis in de benen | Ja / Neen |

3. Mond, luchtwegen en longen

- | | | |
|-----|--|-----------|
| 22. | Hebt u een vals gebit? | Ja / Neen |
| | Zo ja, is het een los of vast gebit? (schrappen wat niet past) | |
| 23. | Hebt u loszittende tanden? | Ja / Neen |
| 24. | Kunt u uw mond volledig opendoen? | Ja / Neen |
| 25. | Hebt u één van de volgende aandoeningen? | |
| | * astma | Ja / Neen |
| | * chronische bronchitis | Ja / Neen |
| | * tuberculose | Ja / Neen |

4. Maag, darmen en lever.

- | | | |
|-----|---|--|
| 26. | Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van één van de volgende aandoeningen: | |
| | * een maagbreuk? | |
| | * geelzucht? | |
| | * een leveraandoening? | |
| | * een maagzweer? | |

5. Nieren.

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 27. | Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een nieraandoening? | Ja / Neen |
|-----|---|-----------|

6. Bloed.

- | | | |
|-----|------------------------------|-----------|
| 28. | Bloedt u abnormaal lang na : | |
| | * een snijwonde? | Ja / Neen |
| | * een tand uittrekken? | Ja / Neen |
| | * een operatie? | Ja / Neen |
| | * neusbloeding? | Ja / Neen |

7. Stofwisseling.

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 29. | Hebt u suikerziekte? | Ja / Neen |
| 30. | Hebt u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen? | Ja / Neen |
| 31. | Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van uw schildklier? | Ja / Neen |

8. Zenuwstelsel.

- | | | |
|-----|--|-----------|
| 32. | Lijdt u of hebt u ooit één van de volgende zenuwaandoeningen gehad ? | |
| | ▪ epilepsie | Ja / Neen |
| | ▪ hersentrombose / hersenbloeding | Ja / Neen |
| | ▪ verlamming of krachtsvermindering | Ja / Neen |
| | ▪ zenuwletsel | Ja / Neen |
| | ▪ multiple sclerose | Ja / Neen |
| | ▪ migraine | Ja / Neen |

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be



9. Rug en spieren.

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

10. Verloskunde.

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

Geachte collega, gelieve de huidige geneesmiddelen van de patiënt te noteren.

<i>Datum</i>	<i>Geneesmiddel naam, vorm, dosis</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Startdatum</i>	<i>Stopdatum</i>

Stempel van de huisarts a.u.b.

Belangrijke opmerking :

Het is erg belangrijk dat de patiënt zijn huidige medicatie ononderbroken verder blijft nemen. Wie nuchter opgenomen moet worden, neemt toch zijn geneesmiddelen met een glaasje water, ook de dag van de operatie.

Indien de patiënt coumarinederivaten inneemt of therapeutische laag moleculair gewicht heparines toegediend krijgt, gelieve een consultatie anesthesie af te spreken (cfr. pag 7 onderaan)

Indien niet vitaal, gelieve de bloedverdunners 1 week vóór de operatie te stoppen. ACE inhibitoren zoals Zestril, Inhibace, enz.. 1 dag vóór de operatie.

De week vóór uw operatie zal u de anesthesist persoonlijk ontmoeten. U kunt hem hieromtrent de nodige vragen stellen.

Indien de patiënt medicatie neemt, waarbij een attest van de adviserend geneesheer vereist is, gelieve een kopie van het attest bij te voegen.

Geachte collega,

Gelieve vorige vragenlijst te controleren en volgende gegevens aan te vullen en mee te geven bij opname van de patiënt. Graag een kopie van het eventueel laatste internistisch verslag.

Indien problemen, graag contact opnemen met de anesthesioloog van wacht- telefoon 051/ 23. 61. 11

Gelieve het ECG, laboformulier en eventueel RX protocol in het plasticen mapje te steken a.u.b.

Gelieve volgende gegevens aan te vullen en mee te geven één week voor opname van de patiënt :

1. Invullen preoperatieve vragenlijst (vorig pagina's)
2. Preoperatieve onderzoeken (cfr. Protocol p.20) : vast maken aan patiëntenmap (ECG – labo – RX thorax)
3. Invullen van thuismedicatie (cfr. Vorige pagina)
Gezien een recente wetswijziging is het noodzakelijk dat **de thuismedicatie officieel en eigenhandig** door de arts geschreven wordt.
4. Zo mogelijk kopie van het laatste verslag(en) betreffende bestaande internistische pathologieën bijvoegen
5. voorschrift verpleegkundige zorg vooraf op te maken : (cfr. p. 11)
à ratio 2 dagen laag moleculair weight Heparine EN wondzorg
6. twee voorschriften voor kinesitherapie vooraf op te maken :
- éénmalig functioneel bilan vóór ingreep (preoperatief) (p. 13)
- 30 kinesitherapiebeurten (post-operatief) (p. 15)
7. U zal verwittigd worden van ontslag van de patiënt, zodat U de maandag (liefst vóór 15u) kan zorgen voor de verdere continue zorg (medisch, thuisverpleegkundige, kinesitherapie...)

Nota :

Gelieve bij sociale problematiek (vooral in verband met preventie van problemen én organiseren van nazorg) contact op te nemen met de coördinator. Het is ook van belang zo vroeg mogelijk te weten wanneer het wenselijk is dat een patiënt na opname naar een revalidatiecentrum of hersteloord gaat.
Tel. coördinator : 051/23.62.13

GRAAG ALLE ONDERZOEKEN TEGEN DE MAANDAG VOOR DE OPERATIE ! (zie overzichtsklever)

Dan wordt de patiënt immers gezien door de anesthesist, die dan o.a. ECG, labo en longfoto (protocol is ook goed) bekijkt.

Gelieve die onderzoeken ook mee te geven mét de patiënt en niet op te sturen naar het ziekenhuis.

Dank.

1. Anamnese

Lijdt de patiënt aan een aandoening(en), die niet vermeld staat(n) in vorige vragenlijst? Ja / Neen

Zo ja, welke aandoening(en)?

.....
.....

2. Klinische onderzoek :

Gewicht : Lengte :

Respiratoir :

Cardiaal :

Bloeddruk : Pols :

Vasculair :

Abdominaal onderzoek :

Andere :

Afspraak voor consult anesthesie : maandag ; één week vóór de operatie om : 11 uur

*Voorschrift voor
verpleegkundige zorgen post-
operatief
In te vullen door huisarts.*

Voorschriftformulier

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam van de patiënt :
.....

Gerechtigde – Echtgenote – Kind – Ascendent
(1) Schrappen wat niet past

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde :.....
.....

(Hierna invullen of kleefbriefje V.I aanbrengen)

Naam en voornaam van de gerechtigde :.....
.....

Verzekeringsinstelling :
.....

Inschrijvingsnummer :.....

VERSTREKKINGEN

Aard van de verzorging :

wondzorg : DAV

inspuiting SC : laag moleculair weight

heparine (2 dagen)

.....

Aard van de medicatie :

Fekwentie :1 x daags
.....

Duur : 2 dagen
.....

Reden medische verzorging :postoperatieve zorg
.....

VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam :.....

Adres :.....

RIZIV Ident. Nr.....

Datum :

Handtekening :.....

Hier afknippen door thuisverpleegkundige

Informatie in te vullen door de huisarts - wit

Copyright Orthopedie Roeselare
www.orthopedie-roeselare.be



*Voorschrift voor kinesitherapeut
Preoperatief
In te vullen door huisarts.*

DIENST HEELKUNDE

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde :

 Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en Voornaam

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnr.

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam van de patiënt :

 Gerechtigde – Echtgenote – Kind – Ascendent (1)
 (1) Schrapen wat niet past

Aard van de Behandeling : consultatief
 kinesitherapeutisch onderzoek

Lokalisatie :

Aantal behandelingen : 1 - malig
 Frekwentie : 1 maal
 Diagnose :

VERPLEGINGSINRICHTING
 (indien patiënt gehospi-
 taliseerd is)
 Naam van de inrichting :

VOORSCHRIJVER
 Naam, voornaam adres :

Identifikatienr. :
 Dienst :

RIZIVidentnr :
 Datum :
 Handtekening,



5
Informatie in te vullen door de huisarts - wit

Hier afknippen door kinesitherapeut

Copyright Orthopedie Roeselare
www.orthopedie-roeselare.be



*Voorschrift voor kinesitherapeut
Postoperatief
In te vullen door huisarts.*

DIENST HEELKUNDE

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde :

Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en Voornaam

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnr.

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam van de patiënt :

Gerechtigde – Echtgenote – Kind – Ascendent (1)

(2) Schrapen wat niet past

Aard van de Behandeling : individuele kinesitherapie

Lokalisatie :

Aantal behandelingen : 30 maal, 30 minuten

Frekwentie : 5 x per week

Diagnose :

VERPLEGINGSINRICHTING
(indien patiënt gehospitaliseerd is)

Naam van de inrichting :

VOORSCHRIJVER
Naam, voornaam adres :

Identifikatienr. :

Dienst :

RIZIVidentnr :

Datum :

Handtekening,

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be



Hier afknippen door kinesitherapeut

Functioneel bilan :

In te vullen door thuis kinesist omtrent thuissituatie :

Aan de hand van deze lijst zullen we samen met u nagaan of het gewenst is om kleine verbeteringen in huis te realiseren.

Daarnaast wordt de lijst (in de periode dat u in het ziekenhuis ligt) gebruikt bij het oefenen van de dagelijkse activiteiten uit uw thuissituatie.

1. De trap.

- is traplopen nodig (is slaapkamer boven?) Ja/Nee
- is er ten minste één stevige leuning bij de trap ? Ja/Nee
- en zo ja, aan welke kant bij het naar boven gaan Links/Rechts

2. Op- en afstapjes om het huis in te kunnen komen

- moeten er trappen of op- en afstapjes worden genomen om in het huis te kunnen komen ? Ja/Nee
- ⇒ zijn hier leuningen aanwezig ? Ja/Nee
- ⇒ is de op-/afstap meer dan “trede-hoog” Ja/Nee, zo ja.....cm

3. Op- en afstapjes in het huis

- zijn er elders in huis op- en afstapjes ? Ja/Nee
- ⇒ hoe veel ?stuks
- ⇒ zijn er bij met meerdere treden ? Ja/Nee
- ⇒ zijn hierbij leuningen aanwezig ? Ja/Nee
- ⇒ is de op-/afstap meer dan “trede-hoog” Ja/Nee, zo jacm

4. Het bed

- welke hoogte heeft het bed ?cm
- Indien lager dan 65 cm kan dit moeilijkheden geven zodat u best voor een ziekenhuisbed zorgt of ophoging van het bed.

5. Het toilet op gelijkvloers

- Hoe hoog is het toilet op het gelijkvloers :cm
- Indien lager dan 55 cm, zorgt u best voor een WC-stoel of WC-verhoger
- zijn er beugels bij het toilet Ja/Nee
- is het toilet ruim genoeg om met een rekje of krukken te kunnen manoevreren ? Ja/Nee

6. Het toilet op de verdieping van de slaapkamer

- is er een toilet op de verdieping van de slaapkamer ? Ja/Nee
- ⇒ zo nee : is er een WC-stoel (of urinoir voor man)cm
- ⇒ zo ja : hoe hoog is dit toilet ?cm
- Indien lager dan 55 cm, zorgt u best voor een WC-stoel of WC-verhoger
- zijn er beugels bij het toilet Ja/Nee
- is dit toilet ruim genoeg om met een rekje of krukken te kunnen manoevreren? Ja/Nee

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be



7. Douchen

- hoe wordt er gedoucht ? in douche met opstaande rand
zonder opstaande rand, in ligbad
- andere :
- hoe hoog is de rand waar overheen gestapt moet worden ?cm
- zijn er handvaten/beugels aangebracht ? Ja/Nee
- zijn er anti-slip matten ? Ja/Nee

8. Overige

- zijn er veel losliggende tapijten in huis ? Ja/Nee
- denkt u dat er andere opmerkelijke hindernissen zijn ?
-
-

9. Motorisch bilan

Hartelijk dank

Fysiotherapie Stedelijk Ziekenhuis Roeselare

Handtekening + datum
KINESIST

Stempel

Preoperatief consult anesthesioloog.

Aanvullende onderzoeken en of adviezen:

Inwendige geneeskunde:

Andere:

In te vullen door de chirurg :

Naam patiënt :

Ingreep :

LINKS :

RECHTS :

De volgende onderzoeken dienen ten minste uitgevoerd (of recent protocol van minder dan 3 maand) :**RX-thorax****ECG****Labo-onderzoeken :****Totale Heupprothese :**

Hemoglobine	Ureum	Hbcore-antilichaam (*)
RBC/Hematokriet	Kreatinine	Hepatitis C antistoffen (*)
Witte bloedcellen	SGOT (*)	H.I.V. 1+2 (*)
Bloedplaatjes	SGPT (*)	Cytomegalovirus IgG (*)
aPTT	Bloedgroep ABO + RhD (*)	Cytomegalovirus IgM (*)
PT (prothrombinetijd)	Rhesusondergroepen (*)	
Glycemie	Lues : VDRL (*)	(*) Gezien bot in
Natrium	TPHA (*)	aanmerking komt voor
Kalium	Treponema IF (*)	beenbank
Chloor	HBs-antigeen (*)	

Totale Knieprothese :

Hemoglobine	aPTT	Kalium
RBC/Hematokriet	PT (prothrombinetijd)	Chloor
Witte bloedcellen	Glycemie	Ureum
Bloedplaatjes	Natrium	Kreatinine

→ Te coördineren zorgen bij opname (bedoeld voor verpleegafdeling)

- Patiënt mag tot 8 uur vóór de operatie eten of drinken. Daarna nuchter.
- Start ClexanemL SC de avond vóór operatie
- Darmvoorbereiding : 0 Fleet of fosfaatlavement : de avond vóór operatie
- Bloedafname : 0 Kruisproef + stollingstesten : vrijdag vóór operatie
0 Bloedafname voor botbank : vrijdag vóór operatie
0 Bijkomende bloedcontrole :

Handtekening + datum

STEMPEL

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be

SPECIALIST