

## **A remplir par le patient: déclaration de consentement**

Je, soussigné,

[en qualité de représentant (légal/mandaté) du mineur et/ou incapable de s'exprimer]

confirme par la présente à propos de \_\_\_\_\_ [type d'intervention/traitement/examen]  
par le dr \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ avoir été informé en langage  
compréhensible à propos des points suivants :

- diagnostic posé**
- nature, but, degré d'urgence, durée, fréquence et chance de réussite de l'intervention / traitement / examen proposé**
- précautions à prendre en fonction de l'intervention / traitement / examen**
- avantages et inconvénients éventuels de l'intervention / traitement / examen, complications possibles et effets secondaires, également pendant la période de convalescence**
- alternatives à l'intervention / traitement /examen et traitements antidouleurs**
- la possibilité de guérison avec ou sans l'intervention / traitement / examen**
- le coût de l'intervention / traitement / examen (avec une attention particulière pour la part personnelle du patient)**
- de la personne qui effectuera le traitement.**

On m'a laissé assez de temps pour poser toutes mes questions, qui ont toutes reçu une réponse dont je suis satisfait.  
En signant le formulaire de consentement, je reconnais donc disposer de toutes les informations que j'estime  
souhaitables pour pouvoir prendre en toute liberté la décision bien réfléchie de subir l'intervention/traitement/examen.

Je suis prêt à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que l'intervention /  
traitement / examen et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible. Je me rends compte que,  
malgré les plus grandes précautions et les efforts des médecins qui me traitent, de l'équipe infirmière et de moi-même,  
on ne peut m'offrir une garantie absolue de succès.

En cas de besoin pour le rétablissement ou le maintien de mon état de santé, j'autorise  
le médecin à effectuer, au cours de l'intervention/traitement/examen susmentionné, des  
interventions / traitements / examens complémentaires au vu de faits médicaux imprévus ou inconnus au moment  
où le présent consentement est donné.

Par la présente, j'autorise le médecin mentionné ci-après à me faire subir  
l'intervention/examen/traitement susmentionné avec tout autre médecin et/ou médecin en formation qu'il choisit ou  
qui travaille sous ses ordres, et avec tout le personnel infirmier et paramédical sous la supervision direct de ce médecin.

J'autorise la prise de clichés photographiques anonymes avant, pendant et après  
l'intervention/examen/traitement. J'autorise également leur utilisation à des fins médicales et pédagogiques,  
y compris pour des conférences et des publications scientifiques.

Il peut être renoncé à cette intervention à tout moment.

Fait à .....

Signature du patient ou du représentant

Précédée de la mention lu et approuvé

Signature, nom et cachet du médecin



## **SEDATION - FICHE**

### **EXAMEN INVASIF AVEC OU SANS SEDATION**

Nom et prénom: Date de naissance: Tél. OU: étiquette d'identification
--

**Intervention / traitement / examen:**

.....

.....

**gauche**                       **droite**

**Date:** .....

**Médecin traitant :** .....

Nom et tél. MEDECIN GENERALISTE:

Nom et tél. ACCOMPAGNATEUR :

### **Evaluation pré-sédation**

**Age :**

**Hauteur :**

**Poids :**

**Allergie à :**                                       non                                       oui :  
 anesthésie (dentiste)                       latex                                       désinfection / iode  
 autre (p.e. médicaments) :.....

**Avez-vous ...(cercle): pacemaker - stimulateur - pompe implanté**  
(pour soulagement de la douleur ou autre raison médicale)

#### **Traitement de la douleur:**

Avez-vous rencontré des problèmes lors de votre dernier traitement contre la douleur?  
 non                       oui :  
 Depuis votre dernier traitement contre la douleur, avez-vous de nouveaux désagréments?  
(diabète, hypertension ...).                       non                       oui :

**Vous aviez déjà une opération ?**                                       non                       oui :  
 Type d'intervention?  
 Quel hôpital?  
 Y avait-il eu des problèmes?

**Suivez-vous un traitement pour une maladie précise?**                       non                       oui :  
 Maladie des poumons:  
 Maladie du coeur et vaisseaux sanguins:  
 Maladie des reins:  
 Maladie du système digestif:  
 Maladie du système nerveux:  
 Problèmes de coagulation du sang:  
 Autres .....

**Uniquement pour les patients féminins:**  
 Y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte?                       non                       oui  
 Etes-vous enceinte?                       non                       oui

**Souhaitez-vous ajouter quelque chose?**

Medicaments: dont les fluidifiants sanguins, médicaments contre le cholestérol, calmants, médicament pour réguler la tension, somnifères, médicaments pour maigrir, ...

Médicament : nom - dose - forme	Posologie freq./jour	Petit-déjeuner		Repas de midi		Repas du soir		Coucher
		avant	pdt/après	avant	pdt/après	avant	pdt/après	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								

Cette liste de questions a été remplie par

- le patient                       le patient avec aide de l' infirmier / infirmière  
 le médecin généraliste       le spécialiste



### Time out voor invasieve procedure :

Definitie invasieve procedure : elke procedure waarbij een punctie of incisie van de huid gebeurt, of een instrument of lichaamsvreemd voorwerp in het lichaam ingebracht wordt.

		oké	NT oké	NVT
<b>VOOR DE PROCEDURE</b>	Aanwezigheid nodige (beeld)materiaal en documenten ? Inspectie mondholte in kader van mog. intubatie ?			
	Chirurgie : tellen aanwezige compressen in zaal voor incisie			
	Toestemmingsverklaring (informed consent) in orde ?			
		<b>Arts</b>	<b>Verpl.</b>	
	Bevestiging identiteit			
	Bevestiging procedure			
	Bevestiging zijde			
		oké	NT oké	NVT
<b>EINDE PROCEDURE</b>	Chirurgie : tellen aanwezige compressen voor einde ingreep			
	Biopsie correct geïdentificeerd			
	Initialen assiterend verpleegkundige			

### Pré-sedatie assessment

ASA classificatie       1     2     3     4     5

MALLAMPATI:             

BMI:                       ≤35     >35                      **nuchter:**                       ja     nee

Verwachte duur procedure                       ≤ 1 u                       > 1 u                       > 1 u en ASA 3

Bloeddruk:                      /                      Hartslagfreq.

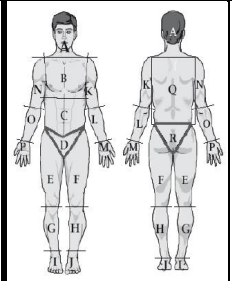
Saturatie:

## Monitoring pendant et après intervention/traitement/examen:

	datum : ... / ... / .....												Naam arts :															
	ingreep : .....												Initialen of stempel met paraaf :															
	Sedatie : .....												Naam verpleegkundige :															
	.....												Initialen :															
														15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	OKE
Mobiliteit																												
Bewustzijn																												
Pijn + lokalisatie																												
Ademhaling																												
O <sub>2</sub> saturatie																												
Bloeddruk(BD)/Pols																												
220																												
200																												
180																												
160																												
140																												
120																												
100																												
80																												
60																												
40																												

### Orders na ingreep / behandeling / onderzoek :

Infuus - perifeer: Rechts | Links    Hand | voorarm | elleboog    Controle insteekpunt infuus  
 Medicatie IV/PO :                      Controle wondverband  
 Bij pijn / nausea :                       Zonder verbandwissel  
 Drinken / eten vanaf :                       Ontsmetten met .....  
 Bedrust / onrusttekens tot :  
 Installeren :    bedlegerig : rug | Fowler | halfzittend | trendelenburg | hoogstand  
 Ontslaguur :



prikplaats

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