



# Infobrochure anesthesie

Jan Yperman Ziekenhuis  
Briekestraat 12 • 8900 Ieper  
057 35 61 21 • [info@yperman.net](mailto:info@yperman.net)  
[www.yperman.net](http://www.yperman.net)

## INFORMATIE OVER UW ANESTHESIE

Binnenkort ondergaat u een **operatie** of **onderzoek** onder anesthesie (narcose, verdoving). Uw behandelend arts heeft u hieromtrent reeds geïnformeerd. Een anesthesist (gespecialiseerde arts in de anesthesiologie en de reanimatie) van het Jan Yperman Ziekenhuis zal voor uw verdoving zorgen.

In deze folder vindt u nadere informatie over de verschillende vormen van anesthesie en pijnstillingstechnieken. Wij staan er dan ook op dat u deze folder grondig doorneemt.

Indien u na het lezen nog vragen heeft en/of een anesthesist vooraf wenst te consulteren, kan u contact opnemen met **de preoperatieve polikliniek** via het nummer **057 35 61 21** en dit **tussen 8u30 en 18u**.

*Voor de ingreep zal u nog met de anesthesist spreken en zal uw definitieve toestemming voor de geplande anesthesie en eventuele bijkomende pijnstillingstechnieken gevraagd worden. U kan hiervoor achteraan deze folder aftekenen. Gelieve deze folder dan ook op de dag van de opname mee te brengen.*

## DE PREOPERATIEVE POLIKLINIEK

Op de **preoperatieve polikliniek** (route 79) zal u ingelicht worden over de anesthesie. Verder wordt hier uw ziektegeval met u besproken en worden o.a. uw medische voorgeschiedenis en uw huidig medicatiegebruik in kaart gebracht, via een vragenlijst. Aan de hand hiervan wordt een **preoperatief dossier** opgestart.

Vervolgens zal u gevraagd worden om **contact** op te nemen met uw **huisarts** om bij u een **preoperatief klinisch onderzoek** uit te voeren en afhankelijk van uw leeftijd, huidige medische conditie en het soort ingreep, wordt ook een lijst meegegeven met uit te voeren **preoperatieve onderzoeken**.

De op die manier verzamelde gegevens worden vervolgens gebundeld in uw preoperatief dossier en dit wordt aan één van de anesthesisten ter nazicht voorgelegd. Voor geplande ingrepen is dat ten laatste 24 uur voor de operatie.

Om het dossier tijdig klaar te krijgen, dringen we er dan ook ten stelligste op aan om ontbrekende gegevens zo snel mogelijk te bezorgen aan de preoperatieve polikliniek.

U kan op de preoperatieve polikliniek al uw vragen stellen, zodat u **goed geïnformeerd** kan **toestemmen** (of weigeren) betreffende het soort anesthesie en de pijnstillingstechnieken die de anesthesist u voorstelt.

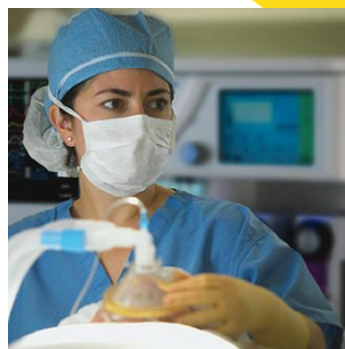
## DE ANESTHESIST

Voor de operatie maakt u kennis met de anesthesist.

Dat is een arts die zich heeft toegelegd op de verschillende vormen van anesthesie, de pijnbestrijding en de intensieve zorg betreffende de operatie. De anesthesist is op de hoogte van uw ziektegeval, uw medische voorgeschiedenis en uw huidig medicatiegebruik.

De anesthesist kan, alvorens te starten met de anesthesie, indien gewenst of nodig, nog eens alles met u overlopen. Tijdens de verdoving blijft de anesthesist aan uw zijde om waar nodig de verdoving bij te sturen. In het bijzonder zal de anesthesist zorgen voor o.a.:

- het onderdrukken van de pijn en de stress die gepaard gaan met heelkundige, verloskundige of medische ingrepen
- het controleren en stabiliseren van de vitale functies (o.a. bloeddruk, hartritme, zuurstofgehalte in het bloed, enz.)
- de beademing of ondersteuning ervan



## VERSCHILLENDE SOORTEN ANESTHESIE

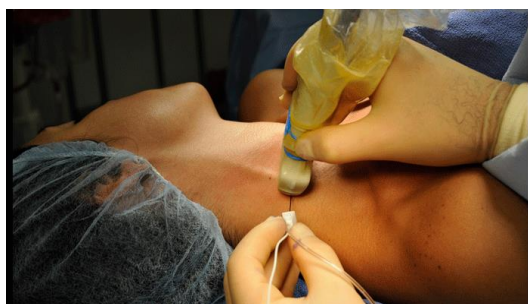
Er bestaan verschillende soorten anesthesie of verdoving.

De meeste gekende anesthesie is de **algemene verdoving**, waarbij via een ader geneesmiddelen worden toegediend die u in een kunstmatige slaap brengen en die u ongevoelig maken voor pijn.

**Sedatie** is een veel lichtere vorm van algemene anesthesie. Dit wordt vaak gecombineerd met een lokale of (loco)regionale anesthesie.



Ook algemeen bekend is de **lokale verdoving**, waarbij de huid slechts 'plaatselijk' wordt verdoofd, ter hoogte van de operatiestreek, bv. om een wonde te hechten. Meestal zorgt de chirurg hiervoor.



Bij een **(loco)regionale anesthesie** wordt een deel van het lichaam, zoals een arm, een been of het ganse onderlichaam, tijdelijk verdoofd. In dit geval kan het zijn dat u tijdens de operatie wakker blijft, maar als dat nodig blijkt en/of als u dat verkiest, kan u een slaapmiddel (sedatie) krijgen. Slechts bij heel specifieke ingrepen (bv. kijkoperatie in de knie) kan u de operatie meevolgen op een scherm. Tijdens de meeste operaties bestaat deze mogelijkheid echter niet.

## DE MEEST GESCHIKTE VERDOVING VOOR U

Welke anesthesie voor u het meest geschikt is, hangt af van verschillende factoren, zoals uw leeftijd, uw lichamelijke conditie en het soort operatie. Het kan zijn dat er wordt voorgesteld om een algemene verdoving te combineren met een ruggenprik, een verdoving van de arm of het been, om de pijnstilling na de operatie te optimaliseren. Uw eigen wensen kan u voorleggen tijdens uw bezoek aan de preoperatieve polikliniek. De anesthesist zal hiermee dan rekening houden.

## VOORBEREIDING OP DE OPERATIE



Om de risico's van anesthesie te beperken, doet u er goed aan om uw **fysieke conditie** te optimaliseren (door bv. het verhogen van de lichaamsbeweging) en eventueel **gewicht** te verliezen (in geval van overgewicht) in de weken voorafgaand aan de geplande anesthesie/heelkundige ingreep.



U moet **voor de operatie nuchter zijn** om braken tijdens en na de operatie te voorkomen. Dit betekent dan dat u minstens **zes uur voor de operatie niet meer mag eten of drinken**. Verder raden wij u ook aan om minstens 24 uur voor de operatie geen alcohol en/of recreatieve drugs meer in te nemen, omdat deze een invloed kunnen hebben op de werking van de anesthesieproducten.



Het is verstandig het **roken** 6 weken voor de operatie te **stoppen**. Roken vermindert immers de zuurstoftoevoer naar de organen, waardoor het risico op complicaties tijdens of na de ingreep toeneemt. Bovendien zijn de ademhalingswegen van rokers vaak geïrriteerd en daardoor gevoeliger voor ontstekingen. Tot slot kan hoesten na de operatie erg pijnlijk zijn.



Voor de operatie moet u **sieraden** zoals een horloge, ringen, piercings en armbanden afdoen. Piercings kunnen trouwens ernstige letsels (bv. scheuren en brandwonden) veroorzaken. Verder wordt gevraagd geen **make-up en/of nagellak** te dragen. Draagt u **gelnagels**, verwijder er dan tenminste één. Ook uw bril of contactlenzen en gebits**prothese** moet u op de verpleegafdeling achterlaten. Overleg zo nodig met de verpleegkundige waar u uw kostbaarheden op een veilige plaats kan bewaren.

Soms wordt u geschoren op de plaats waar geopereerd wordt.

Verder krijgt u in plaats van een pyjama een operatiehemd aan.

Vervolgens brengt de verpleegkundige u in uw bed naar de operatieafdeling. Voor de ingreep zal uw identiteit en andere gegevens (plaats van ingreep, allergieën, enz.) verschillende keren worden gecontroleerd.

## ALGEMENE ANESTHESIE OF NARCOSE



Voordat u de narcosemiddelen krijgt toegediend, wordt de bewakingsapparatuur aangesloten. U krijgt klevers op de borst om de hartslag te meten en een klemmetje op uw vinger om het zuurstofgehalte in uw bloed te controleren.

De bloeddruk wordt meestal aan de arm gemeten.

Vervolgens krijgt u een katheter ingebracht (meestal in een arm), waarop een infuus wordt aangesloten. Via deze katheter spuit de anesthesist de narcosemiddelen in. Bepaalde medicamenten kunnen een brandend en/of pijnlijk gevoel geven wanneer ze geïnjecteerd worden. U valt daarna zeer snel in een diepe slaap.

Om de ademhaling tijdens de anesthesie te kunnen controleren wordt in veel gevallen, voordat de operatie begint, een plastic buisje in de keel gebracht. U merkt daar niets van, want u bent dan verdoofd.

De anesthesist bewaakt en bestuurt tijdens de operatie de functies van uw lichaam. Dankzij de bewakingsapparatuur kan precies worden vastgesteld hoe uw lichaam op de operatie en de verdoving reageert. Er worden medicijnen toegediend om de narcose te onderhouden en de ademhaling en de bloedsomloop kunnen zo nodig worden bijgestuurd.



Op het einde van de operatie zal de anesthesist u wakker maken door de anesthesiemedicatie te stoppen en/of te neutraliseren.

## BIJWERKINGEN EN COMPLICATIES VAN DE NARCOSE

Door verbetering van de bewakingsapparatuur, door de beschikbaarheid van moderne geneesmiddelen en door een goede opleiding van de anesthesist en diens medewerkers, is anesthesie tegenwoordig zeer veilig.

Ondanks alle zorgvuldigheid, zijn complicaties evenwel niet altijd te vermijden. Het optreden van ernstige complicaties door de anesthesie wordt mede bepaald door de aanwezigheid van andere **medische aandoeningen** dan deze waarvoor u geopereerd wordt, het hebben van **persoonlijke risicofactoren** zoals overgewicht of roken en het ondergaan van een **moeilijke, langdurige en/of dringende ingreep**. Hoe ingewikkelder de chirurgische ingreep en de anesthesie, hoe groter de kans op nevenwerkingen en/of complicaties. Daarom zal de anesthesist u steeds een vorm van anesthesie voorstellen die het meest aangepast is aan uw gezondheidstoestand en de geplande operatie. Daarnaast zal hij de eventuele mogelijke alternatieven toelichten.

Aangezien het praktisch onmogelijk is om elke mogelijke bijwerking en complicatie van een algemene narcose op te sommen in deze brochure, worden hieronder de meest voorkomende en meest relevante bijwerkingen en complicaties opgesomd. Mocht u toch nog specifieke vragen of bedenkingen hebben hieromtrent, kan u uiteraard contact opnemen met de preoperatieve consultatie, die u vervolgens zal doorverwijzen naar een anesthesist.

## Vaak voorkomende nevenwerkingen of complicaties (ongeveer 1 op 100)

### • Blauwe plekken en pijn ter hoogte van de injectieplaats

Bloeduitstortingen en pijn ter hoogte van de insteekplaats van het infuus, kunnen veroorzaakt worden door het opspringen van een bloedvat, door beweging of door infectie. Dit verdwijnt meestal zonder verdere behandeling. In sommige gevallen kan men het infuus op een andere plaats aanbrengen, mocht u toch teveel ongemak hiervan ondervinden.

### • Misselijkheid en braken

Verschillende factoren kunnen oorzaak zijn van misselijkheid en braken na een operatie. Dit is dus niet altijd te wijten aan de verdoving (anesthesie). Mogelijke oorzaken zijn:

- stress
- angst
- pijn
- pijnmedicatie (bv. Morfine of gelijkaardige medicatie)
- bepaalde medicatie die werd gebruikt tijdens de anesthesie
- bepaalde operaties (bv. kijkoperatie in de buik)
- voorgeschiedenis van reisziekte

Tegenwoordig beschikken wij echter over moderne geneesmiddelen die deze ongemakken kunnen voorkomen en/of behandelen. De misselijkheid en het braken verdwijnt meestal na enkele uren tot dagen, al dan niet door toediening van medicatie.

Indien u reeds uit vroegere ervaringen ondervonden hebt dat u gemakkelijk misselijk wordt en/of braakt na een operatie, raden wij u aan dit tijdens het preoperatief gesprek duidelijk te vermelden. Op die manier kan uw anesthesist reeds tijdens de operatie medicatie toedienen om dit (trachten) te voorkomen.

### • Keelpijn/heesheid

Hebt u een zwaar of kriebelend gevoel achteraan in de keel en/of een hese stem, dan komt dat eventueel van het buisje dat tijdens de operatie in uw keel werd gebracht om de ademhaling te kunnen regelen. Die irritatie verdwijnt doorgaans vanzelf na een aantal dagen. Intussen kan men u eventueel pijnstillende zuigtabletjes toedienen.

### • Gevoel van zwakte of duizeligheid

De verdoving of het verlies van vocht tijdens de ingreep kunnen een lage bloeddruk veroorzaken, waardoor u zich zwak en/of duizelig voelt. Dit kan behandeld worden toediening van extra vocht en/of toediening van geneesmiddelen via het infuus.

### • Troebel of dubbelzien

Troebel of dubbelzien zien na een algemene anesthesie, kan duiden op nawerking van anesthesieproducten, maar kan ook veroorzaakt worden door de beschermende oogzalf die tijdens de verdoving werd gebruikt om uw ogen te beschermen. In beide gevallen zal dit ongemak doorgaans snel en spontaan verdwijnen.

### • Rillen (shivering)

Rillingen worden veroorzaakt door warmteverlies tijdens de operatie, bepaalde geneesmiddelen en/of stress. Dit kan behandeld worden met behulp van een opwarmingsdeken (met warme lucht) en/of medicatie.

### • Hoofdpijn

Hoofdpijn kan veroorzaakt worden door de nuchtere toestand, de verdoving, de operatie, een (relatief) tekort aan vocht en/of stress. Meestal verdwijnt deze hoofdpijn spontaan na enkele uren, maar indien nodig kan dit medicamenteus behandeld worden.

- **Jeuk**

Jeuk is een nevenwerking van krachtige pijnstillers, maar kan ook voorkomen als gevolg van een allergische reactie. Beide gevallen kunnen medicamenteus behandeld worden.

- **Rugpijn en andere pijnen**

Ondanks het feit dat men er tijdens de operatie grote zorg voor draagt om u in een goede positie te plaatsen, kan het zijn dat u na de operatie rugpijn ondervindt of pijn in andere gewrichten. De “onnatuurlijke” houding tijdens de operatie, waarbij u gedurende al dan niet langere tijd in dezelfde positie op een harde tafel ligt, is de oorzaak hiervan. Deze ongemakken verdwijnen meestal snel, al dan niet met toediening van medicatie.

- **Verwardheid of geheugenverlies**

Vooral bij oudere patiënten, komt verwardheid en/of geheugenverlies voor na een verdoving. Lichte concentratiemoeilijkheden, wazig zicht en coördinatiemoeilijkheden kunnen eveneens voorkomen. Omwille van deze redenen mag u minstens de eerste 24 uur na een verdoving niet met de wagen rijden, geen machines bedienen, noch belangrijke beslissingen nemen. Deze klachten zijn meestal van tijdelijke aard, maar soms kunnen deze toch meerdere dagen tot zelfs weken aanhouden.

## **Soms voorkomende nevenwerkingen of complicaties (ongeveer 1 op 1000)**

- **Longinfectie**

Het risico op een longontsteking is groter bij mensen die roken. Daarom is het aangewezen om een zestal weken voor de operatie te stoppen met roken. Daarnaast kan het ook zijn dat u (onverteerd) voedsel overgeeft, dat in de luchtpijp en de longen terecht komt. Dit komt meestal voor als u niet nuchter bent of aan overgewicht lijdt. De anesthesist zal er uiteraard alles aan doen om dit te voorkomen en zo nodig te behandelen.

- **Moeilijkheden bij het plassen/blaasproblemen**

Na sommige operaties en narcoses (vooral ruggenprik) kunnen vooral mannen soms moeilijker plassen, terwijl vrouwen eerder urine kunnen verliezen. Hoewel dit ongemak van voorbijgaande aard is, wordt soms (preventief) een blaassonde geplaatst.

- **Spierpijn**

In sommige gevallen (bv. dringende operatie terwijl u niet nuchter bent) dient de anesthesist u een bepaalde spierverslapper toe te dienen, waardoor u na de operatie eventueel spierpijn kan ondervinden. Dit gaat spontaan over.

- **Verstoorde ademhaling**

Sommige pijnmedicatie kan een vertraagde ademhaling veroorzaken na de operatie. Wanneer spierverslappers nog niet volledig uitgewerkt zijn, kan er algemene spierzwakte (ook van de ademhalingsspieren) optreden. Beide ongemakken kunnen medicamenteus behandeld worden.

- **Beschadiging van tanden, lippen of tong**

U kunt uw tanden, lippen en/of tong beschadigen door krachtig uw mond dicht te knijpen tijdens het ontwaken uit de algemene verdoving.

Daarnaast kunnen de tanden beschadigd worden als de anesthesist moeilijkheden heeft om een buis in de luchtpijp of de maag te plaatsen. Dit komt meer voor als u een kleine mondopening of onderkaak heeft, een stijve nek of een gebit in slechte staat.

Ondanks alle voorzorgsmaatregelen en voorzichtigheid, is dit helaas niet altijd te vermijden.



- **Wakker worden tijdens de operatie**

De kans dat u “wakker” wordt tijdens de operatie, hangt sterk af van uw algemene toestand en uw medicatie- en alcoholgebruik, het soort operatie dat u ondergaat en het type van anesthesie dat wordt toegepast. Indien u denkt dat u tijdens een vorige operatie wakker bent geworden, dan moet u de anesthesist hiervan op voorhand verwittigen.

Wanneer u ernstig ziek bent, kan de anesthesist kiezen voor een lichtere anesthesie omdat u een diepe narcose niet zou aankunnen. In deze gevallen is het mogelijk dat u zich bepaalde zaken zult herinneren.

Indien u bepaalde zaken van tijdens de narcose zou herinneren, dient u een verpleegkundige hiervan op de hoogte te brengen en deze zal dan de anesthesist verwittigen. Indien nodig, zal gepaste (psychologische) begeleiding voorzien worden.

- **Effecten op vooraf bestaande ziekte**

Het chirurgisch en anesthesiologisch team zorgt ervoor dat de anesthesie in optimale omstandigheden kan beginnen. Wanneer u bij voorbeeld voor de operatie een hart- of herseninfarct hebt gehad, dan kan dit probleem opnieuw optreden, ook tijdens een anesthesie. Andere aandoeningen zoals suikerziekte en hoge bloeddruk zullen tijdens en na de operatie ook van dichtbij gevolgd worden.

Voor patiënten die aan suikerziekte lijden, worden specifieke maatregelen genomen. De anesthesist volgt in dit geval de procedures die beschreven staan in een intern protocol, dat werd opgesteld in overleg met de endocrinoloog. Zo zal men o.a. op de ochtend van uw operatie, terwijl u nuchter bent, uw bloedsuikerspiegel nog eens controleren.

## **Zelden voorkomende nevenwerkingen of complicaties (ongeveer 1 op 10 000 of 1 op 100 000)**

- **Schade aan de ogen**

Ondanks het feit dat de anesthesist er grote zorg voor draagt dat niets uw ogen kan verwonden tijdens de verdoving (beschermende oogzalf en afplakken van de ogen), kan er soms toch een oppervlakkige, zelfs pijnlijke beschadiging van het oog (het hoornvlies) gebeuren. Deze beschadiging is meestal tijdelijk en kan behandeld worden met aangepaste oogdruppels en/of oogzalf (in overleg met de oogarts).

- **Ernstige overgevoeligheid (allergische reactie) aan geneesmiddelen**

Tijdens de anesthesie en de chirurgische ingreep komt u in contact met allerlei stoffen die vreemd zijn aan uw lichaam: slaapmedicamenten, pijnmedicamenten, spierverslappers, antibiotica, infuusvloeistoffen, latex (rubber) van de handschoenen van de chirurgen, enz. U kan hieraan allergisch zijn, zonder het zelf te weten.

De reactie hierop kan gaan van lichte problemen zoals huiduitslag, astma of een daling van de bloeddruk. Een enkele keer kunnen deze producten een zware reactie veroorzaken, die men 'anafylactische shock' noemt. Dit kan een levensbedreigende toestand zijn.

Hoe dan ook zal de anesthesist er alles aan doen om een allergische reactie te stoppen en de gevolgen ervan te behandelen.

Patiënten met gekende allergieën (bij zichzelf en/of naaste familieleden) moeten hun anesthesist hierover **volledig inlichten vóór de ingreep**.

Dit kan reeds gebeuren op de preoperatieve raadpleging.



- **Embolie**

Tijdens en/of na een heelkundige ingreep, kunnen zich **bloedklonters** ontwikkelen in de aders, vooral door het (langdurig) niet bewegen met de ledematen. Wanneer de bloedklonter de bloedsomloop blokkeert, spreken we van een embolie. Dit kan gevaarlijk zijn als de bloedklonter de bloedtoevoer en dus de zuurstoftoevoer, naar een belangrijk orgaan (zoals de longen of de hersenen) verhindert. Volgende factoren kunnen de kans op een bloedklonter verhogen: een voorgeschiedenis van embolie, spataders, bepaalde kankers, anticonceptie (vooral in combinatie met roken), zwaarlijvigheid, stollingsstoornissen, enz.

Door het toedienen van bloedverdunners voor en/of na de operatie, wordt getracht de vorming van bloedklonters te voorkomen. Wanneer toch een embolie optreedt, zal een hogere dosis bloedverdunners worden toegediend.

Daarnaast bestaan er ook **vetembolen**. Deze ontwikkelen zich meestal vanuit de grote beenderen, bij voorbeeld in geval van een gebroken dijbeen. Dergelijke embolen kunnen evengoed gevaarlijk zijn. Er bestaat echter geen 'vetoplossende' medicatie. In dit geval zal vooral de functie van het aangetaste orgaan medicamenteus ondersteund worden.

Andere embolen, zoals **luchtembolen**, komen slechts zeer zelden voor en zijn vooral gevaarlijk bij voorafbestaand hartlijden.

- **Zenuwletsel**

Door de specifieke houding die nodig is voor bepaalde operaties, kan een zenuw en/of bloedvat naar de zenuw in de arm of het been beklemd raken, waardoor o.a. voorbijgaande tintelingen en krachtverlies kunnen ontstaan en zeer uitzonderlijk een blijvende verlamming en/of blijvende gevoelsstoornissen.

- **Vertraagd of niet wakker worden na de algemene verdoving**

Het herstel van uw bewustzijn verloopt geleidelijk en wordt bepaald door de manier waarop de anesthesische geneesmiddelen hun werking verliezen. Anesthesiemedicatie is tegenwoordig snel uitgewerkt nadat de toediening ervan is stopgezet. De anesthesist ziet toe op de kwaliteit van 'het herstel van uw bewustzijn' en beslist wanneer u best ontwaakt.

De meest voorkomende oorzaak van **vertraagd** ontwaken is een verlengde werking van anesthesie-medlicatie of kalmeermiddelen.

Patiënten die **niet** ontwaken na hun algemene anesthesie hebben een ernstige complicatie opgelopen zoals een beroerte of hersenbeschadiging. Uw risico op deze complicaties tijdens de operatie zijn extreem uitzonderlijk en zeker niet groter omdat u een narcose nodig hebt. Indien u reeds een risicopatiënt bent voor een beroerte dan kan een operatie dit risico natuurlijk wel vergroten, vooral bij bepaalde ingrepen die zeer belastend zijn voor de bloedcirculatie van de hersenen.

- **Overlijden**

Het risico dat u overlijdt tijdens een narcose is extreem laag en hangt vooral af van uw medische voorgeschiedenis, de onderliggende ziekte waarvoor u wordt geopereerd en het type en de dringendheid van de operatie.

## (LOCO)REGIONALE VERDOVING

Bij een regionale anesthesie wordt een gedeelte van het lichaam - bijvoorbeeld het gehele onderlichaam of een arm - tijdelijk pijnloos, gevoelloos en/of bewegingsloos gemaakt.

Een regionale verdoving zorgt ervoor dat u in een bepaalde regio **geen pijn** ervaart terwijl de chirurg opereert. Het is echter niet zo dat alle **gewaarwordingen** verdwijnen. Zo kan u in sommige gevallen nog voelen dat u wordt aangeraakt.

Vaak lopen de pijnzenuwen samen met de zenuwen die de spieren laten werken. Die worden met de verdoving ook tijdelijk uitgeschakeld. De spieren raken dan tijdelijk **verlamd**: ze werken even niet.

In de rug lopen vanuit het ruggenmerg grote zenuwbanen naar het onderlichaam en de benen. Deze worden met een **ruggenprik** verdoofd. De ruggenprik zorgt er voor dat de pijnsignalen naar de hersenen toe, worden geblokkeerd.

Verder kan ook een **specifieke zenuw of zenuwbundel** worden verdoofd. Zo kan bij voorbeeld de arm worden verdoofd door de zenuwbundel (plexus) die naar de arm loopt tijdelijk uit te schakelen door rond de zenuwen een verdovingsmiddel in te spuiten, bijvoorbeeld in de oksel of in de hals.

Na een regionale anesthesie verloopt het **herstel** van de zenuwfunctie geleidelijk. Dit kan zelfs meerdere uren in beslag nemen (met als voordeel een langere pijnstilling postoperatief). Op een bepaald ogenblik zult u het betreffende deel van uw lichaam terug kunnen bewegen, soms zelfs zonder dat alle gevoel is teruggekeerd.

Dat u zich kunt bewegen, wil bovendien niet zeggen dat u uw volle kracht herwonnen hebt. Vooraleer te steunen op het been of de arm die onder verdoving werd gebracht, dient u eerst het advies van een verpleegkundige of een arts te vragen.

### A. DE RUGGENPRIK

Vooraleer de ruggenprik (epidurale en/of spinale verdoving) wordt uitgevoerd, wordt u aangesloten op de bewakingsapparatuur en o.a. uw bloeddruk en hartfrequentie worden gemeten. Vervolgens wordt een infuusnaald ingebracht in de arm.

De ruggenprik is meestal niet pijnlijker dan een gewone injectie. Als de verdoving is toegediend, merkt u dat uw benen eerst warm worden en gaan tintelen. Later worden ze gevoelloos en slap, evenals de rest van het onderlichaam.



Afhankelijk van het gebruikte medicijn, kan het één tot zes uur duren voordat de verdoving volledig is uitgewerkt. Met het uitwerken van de verdoving kan ook pijn optreden. Wacht dus niet te lang om aan de verpleegkundige een pijnstiller te vragen.

## **BIJWERKINGEN TIJDENS DE RUGGENPRIK**

- **Onvoldoende pijnstilling**

Het kan voorkomen dat de verdoving bij u onvoldoende werkt. Dan kan de anesthesist eventueel nog wat extra verdoving bijgeven. In andere gevallen is het beter om voor een andere anesthesievorm te kiezen, zoals bijvoorbeeld een algemene narcose. De anesthesist zal dit zo mogelijk met u overleggen.

- **Lage bloeddruk en/of trage hartslag**

Als bijwerking van een ruggenprik kan een lage bloeddruk en/of trage hartslag optreden. De anesthesist is hierop bedacht en zal de nodige maatregelen nemen ter preventie en/of behandeling ervan.

- **Hoge uitbreiding**

Soms komt het voor dat het verdoofde gebied zich verder dan bedoeld naar boven uitbreidt. U merkt dat doordat uw handen gaan tintelen. Misschien kunt u ook wat moeilijker ademen. Indien nodig, worden ondersteunende maatregelen genomen door de anesthesist.

## **BIJWERKINGEN EN COMPLICATIES NADAT DE RUGGENPRIK IS UITGEWERKT**

Aangezien het praktisch onmogelijk is om elke mogelijke bijwerking en complicatie van een ruggenprik op te sommen in deze brochure, worden hieronder slechts de meest voorkomende en o.i. relevante bijwerkingen en complicaties opgesomd. Mocht u toch nog specifieke vragen of bedenkingen hebben hieromtrent, kan u uiteraard contact opnemen met de preoperatieve consultatie, die u vervolgens zal doorverwijzen naar een anesthesist.

### **Vaak voorkomende nevenwerkingen of complicaties**

- **Rugpijn**

U kan eventueel last hebben van rugpijn na een ruggenprik. Dit heeft echter niets te maken met de ruggenprik op zich, maar wel met de o.a. houding tijdens de operatie. U wordt immers in een 'ongewone' houding gebracht, zodat de chirurg een goed zicht en een goede toegang heeft tot het operatiegebied. Daarbij komt nog dat de rugspieren volledig ontspannen zijn tijdens de verdoving (zowel na een ruggenprik als na een algemene narcose), waardoor de natuurlijke kromming van de rug verdwijnt, wat op zich ook al ruglast kan geven. Verder ontspannen de rugspieren zich door de algemene narcose, waardoor de natuurlijke krommingen van de rug uitvlakken, wat rugpijn tot gevolg kan hebben. Rugklachten verdwijnen meestal na enkele dagen.

- **Hoofdpijn**

Na een ruggenprik kan ook hoofdpijn optreden. Deze hoofdpijn onderscheidt zich van 'gewone' hoofdpijn doordat de pijn vermindert bij platliggen en verergert bij overeind komen. Meestal verdwijnt deze hoofdpijn spontaan binnen de week. Als de klachten zo hevig zijn dat u het bed moet houden, neemt u best contact op met de anesthesist. Hij zal met u de mogelijkheden bespreken om het natuurlijk herstel te bespoedigen.

- **Jeuk**

Jeuk kan een nevenwerking zijn van het ingespoten medicament, maar kan ook voorkomen als gevolg van een allergische reactie. Beide gevallen kunnen medicamenteus behandeld worden.

## Soms voorkomende nevenwerkingen of complicaties

- **Overgevoeligheidsreacties**

Overgevoeligheid voor de gebruikte verdovingsmiddelen komt soms voor. Dit kan zich uiten in benauwdheid en/of huiduitslag en/of een lage bloeddruk. Behandeling is meestal goed mogelijk.

- **Toxische reacties**

De zenuwen die verdoofd moeten worden lopen vlakbij (grote) bloedvaten. Het is dan ook mogelijk dat er verdovend medicijn in de bloedbaan terecht komt. Dit uit zich in een metaalachtige smaak, tintelingen rond de mond, een slaperig gevoel, hartritme stoornissen, trekkingen en eventueel bewusteloosheid. Behandeling is meestal goed mogelijk.

- **Moeilijkheden met plassen**

De verdoving via een ruggenprik, strekt zich ook uit tot de blaas. Het plassen kan daardoor moeilijker gaan dan normaal. Het kan nodig zijn de blaas met een katheter leeg te maken.

- **Vorbijgaande neurologische klachten**

Na een ruggenprik kan u tijdelijke rugpijn ervaren, uitstralend naar beide billen en/of benen. Deze klachten kunnen eenvoudig met medicatie behandeld worden.

## Zelden voorkomende nevenwerkingen of complicaties

- **Infectie**

Zelden treedt een infectie op ter hoogte van de insteekplaats van de ruggenprik of zelfs ter hoogte van het centraal zenuwstelsel (bv. epiduraal abces, hersenvliesontsteking, enz.), ondanks het feit dat de ruggenprik onder chirurgisch steriele omstandigheden werd uitgevoerd. De gevolgen hiervan hangen af van de ernst van de infectie en het soort ziektekiem.

- **Zenuwschade**

Zenuwschade door rechtstreeks aanprikken van de zenuw tijdens de ruggenprik, is zeer zeldzaam. De symptomen hiervan kunnen variëren, gaande van tintelingen, stoornissen in de huidgevoeligheid, zenuwpijnen of zelfs verlamming van het lidmaat dat door de zenuw(bundel) wordt bezenuwd. De zenuwschade is meestal van tijdelijke en in slechts zeldzame gevallen van blijvende aard.

- **Overlijden**

Het risico dat u overlijdt ten gevolge van een ruggenprik is extreem laag en hangt ondermeer af van uw medische voorgeschiedenis, de onderliggende ziekte waarvoor u wordt geopereerd en het type operatie.

## B. DE VERDOVING VAN EEN SPECIFIEKE ZENUW OF ZENUWBUNDEL (PERIFERE ZENUWBLOKKADE)

De arm of het been (of een deel van het lidmaat) kan worden verdoofd door rond de zenuw of zenuwbundel (plexus) die naar de arm of het been loopt, een verdovingsmiddel te spuiten. Afhankelijk van de zenuw(bundel) die moet verdoofd worden, zal geprikt worden in de oksel, in de hals, t.h.v. de knieholte, in de lies, enz.

De anesthesist zal u specifieke vragen stellen die van belang zijn om te beslissen of dergelijk zenuwblok bij u kan uitgevoerd worden.

Deze vragen gaan over eventuele stollingsstoornissen (neemt u bijvoorbeeld bloedverdunders of heeft u een stollingsziekte), longproblemen, suikerziekte, vooraf bestaande zenuwaandoeningen, verlammingen of gevoelsstoornissen, enz.



Het zenuwblok wordt uitgevoerd terwijl u wakker bent, zodat u kan aangeven of u pijn ervaart tijdens de prik of tijdens het toedienen van de verdoving. Indien nodig, zal de anesthesist u een licht kalmeringsmiddel toedienen, zodat het zenuwblok in comfortabele omstandigheden kan worden uitgevoerd.

Verder gebruikt de anesthesist voor deze vorm van anesthesie een zogenaamde zenuwstimulator en/of een ultrasound apparaat (echografie). Via de zenuwstimulator wordt de zenuw geprikkeld met een lage elektrische stroom. U merkt dat doordat het desbetreffende lichaamsdeel (de arm, de hand, het been of de voet) onwillekeurig beweegt. Als de naald op de goede plaats zit, spuit de anesthesist het verdovende middel in. De verdoving moet 15 tot 30 minuten inwerken voordat het effect optimaal is. U zal dan merken dat het lichaamsdeel in kwestie, gaat tintelen en warm wordt. Later verdwijnt het gevoel en kan het zijn dat u het verdoofde lichaamsdeel niet meer kan bewegen.

Als de verdoving is uitgewerkt, keren de beweging en het gevoel weer terug. Afhankelijk van het gebruikte medicijn kan het enkele uren duren voordat de verdoving volledig is uitgewerkt. Met het uitwerken van de verdoving kan ook pijn optreden. Wacht dus niet te lang om aan de verpleegkundige een pijnstiller te vragen.

### BIJWERKINGEN EN COMPLICATIES VAN EEN VERDOVING VAN EEN SPECIFIEKE ZENUW OF ZENUWBUNDEL

#### Vaak voorkomende nevenwerkingen of complicaties

- **Onvoldoende pijnstilling**

Het kan voorkomen dat de verdoving bij u onvoldoende werkt. Dan kan de anesthesist eventueel nog wat extra verdoving bijgeven. In andere gevallen is het beter om voor een andere anesthesievorm te kiezen, zoals bijvoorbeeld een algemene narcose. De anesthesist zal dit zo mogelijk met u overleggen.

#### Soms voorkomende nevenwerkingen of complicaties

- **Overgevoeligheidsreacties**

Overgevoeligheid voor de gebruikte verdovingsmiddelen komt soms voor. Dit kan zich uiten in benauwdheid en/of huiduitslag en/of een lage bloeddruk. Behandeling is meestal goed mogelijk.

- **Toxische reacties**

De zenuwen die verdoofd moeten worden lopen vlakbij (grote) bloedvaten. Het is dan ook mogelijk dat er verdovend medicijn in de bloedbaan terecht komt. Dit uit zich in een metaalachtige smaak, tintelingen rond de mond, een slaperig gevoel, hartritme stoornissen, trekkingen en eventueel bewusteloosheid. Behandeling is meestal goed mogelijk.

- **Zenuwschade**

Perifere zenuwletsels na een regionale anesthesie, zijn eerder zeldzaam en de frequentie van voorkomen is sterk afhankelijk van het type van perifere zenuwblok. Het risico op een zenuwletsel verhoogt, indien u lijdt aan bepaalde ziektes, zoals bijvoorbeeld suikerziekte, of indien u (overmatig) alcohol gebruikt.

Om zenuwschade zoveel mogelijk te voorkomen, maakt de anesthesist gebruik van een zenuwstimulator en/of echo, tijdens het opzoeken van de zenuw(bundel) en de verdoving ervan. Ondanks deze veiligheidsmaatregelen, kan soms toch nog zenuwschade optreden. De symptomen hiervan kunnen variëren, gaande van tintelingen, stoornissen in de huidgevoeligheid, zenuwpijnen, krachtsverlies of zelfs verlamming van het lidmaat dat door de zenuw(bundel) wordt bezenuwd.

De meeste symptomen/letsels zijn trouwens van voorbijgaande aard en herstellen na enkele dagen tot maanden.

Volgens de medische literatuur, zou slechts in 0.015 – 0.09% van de gevallen blijvende zenuwschade optreden. Bij gebruik van een katheter (voor verdoving van de zenuw(bundel) gedurende enkele dagen) bedraagt het percentage van blijvende zenuwschade 0.21%.

- **Schade aan omliggende structuren**

Soms worden de structuren die in de nabijheid van de te verdoven zenuw(bundel) liggen (bv. bloedvaten, spieren, enz.), aangeprikt. Hierdoor kan het zijn dat enige last ondervindt, zoals een bloeuditstorting ter hoogte van de prikplaats of spierstramheid. Meestal is deze hinder van voorbijgaande aard.

## **Zelden voorkomende nevenwerkingen of complicaties**

- **Infectie**

Aangezien de anesthesist steeds chirurgische steriliteitsmaatregelen hanteert (minstens muts, masker, steriele handschoenen, steriele ontsmetting van de huid en steriel afdekken van de prikplaats), is het risico op een infectie na een eenmalige verdoving van een zenuw(bundel) zeer klein. Het risico op een infectie bij gebruik van een katheter (voor verdoving van de zenuw(bundel) gedurende enkele dagen), is eveneens zeer laag (0-3.2%). Dit risico is zelfs nog lager als de katheter niet langer dan 72 uur ter plaatse wordt gelaten.

- **Klaplong**

Bij bepaalde types van perifere zenuwblokkade van het bovenste lidmaat, waarbij de te verdoven zenuw(bundel) dicht tegen de longvliezen aanligt, kan een klaplong ontstaan. Afhankelijk van de ernst ervan, zal al dan niet een drain tussen de longvliezen worden geplaatst.

- **Overlijden**

Het risico dat u overlijdt ten gevolge van een perifere zenuwblokkade is extreem laag en hangt onder meer af van uw medische voorgeschiedenis, de onderliggende ziekte waarvoor u wordt geopereerd en het type operatie.



## NA DE INGREEP

### RECOVERY (ONTWAAKKAMER)



Na de operatie wordt u naar de **recovery (ontwaakkamer)** gebracht. Dat is een aparte ruimte vlakbij de operatiekamer. Ook hier bent u aangesloten op de bewakingsapparatuur en blijft u onder de controle van een anesthesist en een team van gespecialiseerde verpleegkundigen, tot de verdoving voldoende is uitgewerkt. Meestal krijgt u tijdelijk nog wat extra zuurstof toegediend via een masker of neusbriil.

Voor sommige operaties is een maag- of blaassonde noodzakelijk. Van zodra deze organen opnieuw normaal functioneren, worden deze sondes verwijderd.

U kunt zich kort na de operatie nog slaperig voelen en af en toe wegdommelen. Dat is heel normaal. Met het uitwerken van de narcose kan er pijn optreden ter hoogte van het operatiegebied. Uiteraard zal men u dan pijnmedicatie toedienen.

Veel mensen hebben dorst na een operatie. Als u wat mag drinken, doe dan voorzichtig aan. Mag u niet drinken, dan kan de verpleegkundige uw lippen nat maken om het u zo comfortabel mogelijk te maken.

Zodra u voldoende wakker bent, of de ruggenprik of perifere zenuwblok voldoende is uitgewerkt, gaat u terug naar uw kamer op de afdeling. U mag dan nog steeds het bed niet verlaten zonder hulp van de verpleegkundige, om valpartijen te voorkomen.

Als u nog dezelfde dag naar huis mag, zorg er dan voor dat u door een volwassene begeleid wordt en dat u niet alleen thuis bent. Regel vervoer per taxi of eigen auto, maar rijd zelf niet! Doe het thuis de eerste 24 uur na de operatie rustig aan. Eet en drink licht verteerbare voedingsmiddelen, drink geen alcohol en rook niet. Bestuur geen machines en neem ook geen belangrijke beslissingen, minstens gedurende de eerste 24 uur na een verdoving.



Het is heel gewoon dat u zich na een operatie nog een tijdlang niet fit voelt. Dat ligt niet alleen aan de anesthesie, maar ook aan de ingrijpende gebeurtenis die iedere operatie nu eenmaal is. Het lichaam moet zich op zijn eigen tempo herstellen. Herstel heeft dus tijd nodig.

### INTENSIEVE ZORG

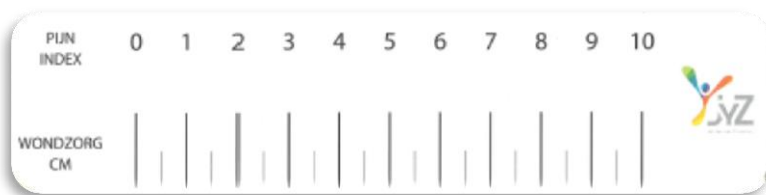
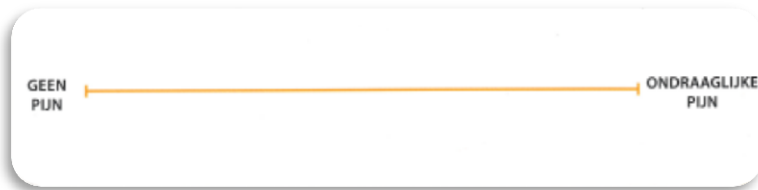


Het kan ook zijn dat u nog enige tijd op een speciale bewakingsafdeling moet blijven, omdat de aard van de operatie een wat **langere intensieve zorg** noodzakelijk maakt (bv. na een zware operatie of in geval van een aandoening die het risico op verwikkelingen verhoogt). U gaat dan naar de dienst intensieve zorgen, waar anesthesisten en een team van gespecialiseerde verpleegkundigen, u verder opvolgen.



## POSTOPERATIEVE PIJNSTILLING

Na de operatie kan u pijn ervaren, die wij uiteraard zullen proberen te verzachten. Om de ernst van de pijn te kunnen inschatten, wordt gebruik gemaakt van een pijnschaal. '0' betekent geen pijn en '10' betekent de ergst denkbare pijn.



U heeft de keuze tussen 2 methodes van pijnstilling:

1. Pijnmedicatie die u via de mond inneemt of dat bij u via het infuus of in de spier wordt ingespoten.
2. Pijnstilling via een pijnpomp (PCA = "patient controlled analgesia"). Bij deze vorm van pijnstilling wordt de pijnmedicatie toegediend via een pijnpomp, die door u zelf kan bediend worden, binnen de vooraf ingestelde veiligheidsgrenzen. U hoeft dus niet te wachten op de verpleegkundige of de arts voor de toediening van pijnstillers. Met dit systeem, dat reeds in de recovery kan worden aangeschakeld, kunt u dus uw pijnverdooving sneller en preciezer regelen.

Er bestaan drie soorten pijnpompen, afhankelijk van de toedieningswijze:

- PCIA (patiënt gecontroleerde intraveneuze analgesie): hierbij wordt de pomp aangeschakeld op het bestaande infuus (t.h.v. de arm of de hals).
- PCEA (patiënt gecontroleerde epidurale analgesie): hierbij wordt de pomp aangeschakeld op een dunne katheter die vóór de algemene narcose onder lokale verdooving werd ingebracht in de epidurale ruimte (via de zogenaamde ruggenprik).
- PCRA (patiënt gecontroleerde regionale analgesie): hierbij wordt de pomp aangeschakeld op een dunne katheter die vóór de algemene narcose onder lokale verdooving werd ingebracht ter hoogte van de zenuw of zenuwbundel die de pijn vanuit de operatiewonde naar de hersenen geleidt (bv. ter hoogte van de hals, de oksel, de lies, de knieholte, enz.).



De anesthesist zal dus de dosis (hoeveelheid) pijnmedicatie en het tijdsinterval waarop deze mag worden gegeven op voorhand bepalen, zodat geen overdosis kan worden toegediend.



Vervolgens zal u door een simpele druk op de knop een dosis pijnmedicatie toegediend krijgen.

Houd er wel rekening mee dat het effect (de pijnstilling) 5 à 15 minuten op zich zal laten wachten. U wacht dus best niet met drukken tot de pijn te hevig wordt.

U moet ook niet bang zijn dat u te veel pijnmedicatie zou krijgen. De pomp is immers zodanig ingesteld dat een overdosis onmogelijk is.

Verder zal een lid van het pijnteam u dagelijks op de kamer bezoeken en navragen of de pijn voldoende onder controle is. Indien dit niet zo is, wordt dit gesignaleerd aan de anesthesist, die de pijnmedicatie dan zal aanpassen. Uiteraard zullen ook de verpleegkundigen van de afdeling waarop u verblijft, uw pijn en nood aan pijnstilling opvolgen.

De pijnpomp en de katheter worden verwijderd wanneer de pijn voldoende verminderd is en behandeld kan worden met eenvoudigere pijnstillers. De pijnverpleegkundige of arts weet vanuit zijn opleiding en ervaring hoelang de PCA-pomp best blijft aangebracht. Daarnaast is er ook aandacht voor individuele verschillen en wensen.

## BIJWERKINGEN EN COMPLICATIES VAN EEN PCIA, PCEA OF PCRA

Aangezien het praktisch onmogelijk is om elke mogelijke bijwerking en complicatie van pijnpompen op te sommen in deze brochure, worden hieronder slechts de meest voorkomende en relevante bijwerkingen en complicaties opgesomd. Mocht u toch nog specifieke vragen of bedenkingen hebben hieromtrent, kan u uiteraard contact opnemen met de preoperatieve consultatie, die u vervolgens zal doorverwijzen naar een anesthesist.

Volgende bijwerkingen of complicaties kunnen optreden bij gebruik van een PCIA:

- **Misselijkheid en braken**
- **Jeuk**
- **Duizeligheid, moeheid**
- **Lage bloeddruk of trage hartslag**
- **Moeite om te ademen**

Volgende bijwerkingen of complicaties kunnen optreden bij gebruik van een PCEA:

- **Jeuk**
- **Hoofdpijn:** Wanneer u tijdens het rechtekomen vanuit een liggende houding veel hoofdpijn ondervindt dat zich vooral situeert ter hoogte van het voorhoofd en het achterhoofd, eventueel gepaard gaande met oorsuizen, dubbel zien, misselijkheid en braken, contacteert u best de preoperatieve polikliniek, die op haar beurt een anesthesist zal verwittigen. Hij zal u vervolgens contacteren en u een behandeling voorstellen.
- **Verminderd gevoel en/of spierzwakte in de onderste ledematen**
- **Rugpijn:** De oorzaak hiervan is niet altijd duidelijk. Het is in ieder geval zo dat de rugspieren door de epidurale pijnverdooving zich ontspannen, waardoor de natuurlijke krommingen van de rug uitvlakken, wat rugpijn tot gevolg kan hebben.
- **Systemische toxiciteit:** Door het accidenteel inspuiten van het lokaal anestheticum in een bloedvat (in plaats van in de epidurale ruimte), kan u een metaalsmaak ervaren, algemeen onwel zijn en in het ergste geval zelfs stuipen. Dit komt echter zeer zelden voor.
- **Zenuwschade:** dit omvat o.a. al dan niet blijvende tintelingen, spierzwakte of verlamming van de onderste ledematen.

Volgende bijwerkingen of complicaties kunnen optreden bij gebruik van een PCRA:

- **Jeuk**
- **Verminderd gevoel en/of spierzwakte in het verdoofde lidmaat**
- **Systemische toxiciteit:** Door het accidenteel inspuiten van het lokaal anestheticum in een bloedvat (in plaats van rond en zenuw of zenuwbundel), kan u een metaalsmaak ervaren, algemeen onwel zijn en in het ergste geval zelfs stuipen. Dit komt echter zeer zelden voor.
- **Zenuwschade:** dit omvat o.a. al dan niet blijvende tintelingen, spierzwakte of verlamming van het verdoofde lidmaat.

## KOSTPRIJS VAN EEN NARCOSE

Gedetailleerde informatie betreffende de kostprijs van een verdooving, vindt u op onze website [www.yperman.net](http://www.yperman.net) of kan u verkrijgen op de dienst Facturatie van het Jan Yperman Ziekenhuis. De ontvangstruimte hiervan bevindt zich naast het algemeen onthaal.





## AKKOORD NA INFO

### - anesthesie

Ik, ondergetekende .....

Adres .....

Naam: .....

PATIËNTENKLEVER

Geboortedatum: .....

geef aan de anesthesist mijn toestemming om een anesthesie te verrichten.

- Ik bevestig dat ik de patiëntenbrochure 'Anesthesie' ontvangen heb.
- Ik bevestig dat ik een anesthesist preoperatief kon spreken.
- Ik weet dat de dag van de ingreep de anesthesist kan beslissen om medische redenen en na overleg met de patiënt, een andere anesthesietechniek toe te passen.
- **Ik weet dat het verboden is te eten en te drinken minstens 6 uur vóór het onderzoek, de ingreep en/of de verdoving.**
- Ik bevestig dat het mij wordt aangeraden nu reeds te stoppen met roken.
- Ik weet dat ringen, sieraden, piercings, vals gebit, bril, contactlenzen en hoorapparaten vóór de ingreep verwijderd moeten worden.
- Ik weet dat de ingreep eventueel uitgesteld kan worden naar een andere datum.

#### Bijkomend voor dagziekenhuispatiënten:

- Ik zal de eerste 24 uur na mijn operatie geen voertuig (auto, bromfiets, fiets) besturen, machines bedienen en belangrijke formulieren ondertekenen.
- Ik zal geen alcoholische dranken innemen tot 24 uur na de behandeling.
- Bij ontslag komt een volwassen persoon mij afhalen en zal er thuis iemand aanwezig zijn gedurende de eerste 24 uur.
- Ik ben in de mogelijkheid - na ontslag uit het ziekenhuis – (telefonisch) contact op te nemen met mijn huisarts of met het ziekenhuis.
- Ik ben akkoord met eventuele overnachting of een langer verblijf in het ziekenhuis, indien dit om medische redenen nodig zou zijn.
- Ik geef *\*wel / geen* toestemming om mijn medische gegevens door te geven aan de huisarts of zijn / haar vervanger. (*\*schrappen wat niet past*)

#### Geplande Anesthesietechniek:

- Algemene anesthesie
- Neuraxiaal block
- Perifeer zenuwblock

#### Pijntechniek:

- Patiënt gecontroleerde intraveneuze analgesie (PCIA)
- Patiënt gecontroleerde epidurale analgesie (PCEA)
- Perifeer zenuwblock single shot analgesie
- Patiënt gecontroleerde neurale anesthesie (PCRA) plexuskatheter

Overige:  .....

.....

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

Uur<sup>4</sup>: .....

Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger: .....

datum: ...../...../.....

Uur<sup>4</sup>: .....

De ondergetekende is (\*aankruisen wat past):

- patiënt
- door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger<sup>1</sup>
- bewindvoerder over de persoon<sup>2</sup>
  - samenwonende partner
- meerderjarig kind
- ouder
- meerderjarige broer / zus
- arts<sup>3</sup>

**Handtekening**

Naam/handtekening arts:

<sup>1</sup> Is in het bezit van een schriftelijk mandaat

<sup>2</sup> Kan een machtiging van de vrederechter voorleggen.

<sup>3</sup> Bij urgentie of ontbreken van één van de voorgaande.

<sup>4</sup> uur moet ingevuld zijn als IC op de dag van de procedure wordt verkregen