



Voor maken afspraak contact opnemen met md-consulent 06-12068747

ENDOSCOPIECENTRUM

Telefoon: 010 - 7040266
Fax: 010 - 7034680

**Aanvraag
onderzoek/behandeling**

Onvolledig ingevulde aanvragen
worden teruggestuurd

Patiënt gegevens:

Naam: _____
Geb. Datum: _____
BSN Nummer: _____

Naam aanvragend arts: AGB code:	telefoon/sein:	Datum aanvraag	Datum onderzoek + Tijd
Naam ziekenhuis	Afdeling+ fax nummer	Locatie	urgentie <input type="checkbox"/> electief <input type="checkbox"/> overleg met sein 35504 <input type="checkbox"/> spoed <24 uur

Scopie informatie – soort onderzoek:

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastroduodenoscopie | <input type="checkbox"/> EUS | <input type="checkbox"/> PH metrie | <input type="checkbox"/> Leverbiopt |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie | <input type="checkbox"/> ERCP ** | <input type="checkbox"/> Slokdarm manometrie | |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopie | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Anale manometrie | |
| <input type="checkbox"/> Proctoscopie | <input type="checkbox"/> Oesophagusdilatatie | <input type="checkbox"/> Anale endo-echo | |
| <input type="checkbox"/> Slokdarmstent plaatsing | <input type="checkbox"/> Enteroscopie distaal/proximaal | <input type="checkbox"/> Overige: | |

** zie achterzijde voor invullen extra informatie

Vorbereiding:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| Sedatie nodig? | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, vul ASA klasse in * <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V |
| Pacemaker | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Antibiotica profylaxe nodig?*** | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Patiënt voorgelicht | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Patiënt toestemming gegeven | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja */*** zie achterzijde |

Medische informatie

Indicatie:

Laboratorium:

PTT:
APTT:
INR:

Vraagstelling:

Voorgeschiedenis:

- | | | | | |
|------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|
| Longlijden | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | Glaucoom | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| Hartlijden | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | Epilepsie | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| Leverlijden | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | Abdominale operaties | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl _____ |
| Allergie | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | | |
| Hemorragische diathese | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | | |

Medicatie:

- | | | | |
|--------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| Antistolling | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | + wanneer staken : _____ |
| Diabetes medicatie | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | NSAID's/Plavix/Ascal <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> |
| Hartmedicatie | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | |
| Anders | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, nl _____ | |

Reanimatie beleid:

Behandelingbeperking:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wel reanimeren | <input type="checkbox"/> niet reanimeren |
| <input type="checkbox"/> Geen beperking | <input type="checkbox"/> Geen overplaatsing naar IC |
| | <input type="checkbox"/> Geen beademing en/of medicamenteuze ondersteuning circulatie |

Na beoordeling van de aanvraag zal u telefonisch op de hoogte worden gebracht van de datum en tijd van het onderzoek.

Paraaf aanvragend arts:

In overleg met

*ASA classificatie	Opmerking
I Gezond persoon zonder regelmatig medicatiegebruik (Voorbeeld: een overigens gezonde vrouw van 28 jaar met een liesbreuk.)	
II Patiënt met een lichte aandoening, waarvoor al dan niet medicatie, zonder beperking normale activiteiten (Voorbeeld: milde, goed ingestelde diabetes of hypertensie, lichte anemie, chronische rokersbronchitis.)	
III Patiënt met ernstige systeemaantasting waarvoor medicatie, met beperking normale activiteit (Voorbeeld: ernstige diabetes mellitus met vaatcomplicaties, invaliderende longziekte, angina pectoris.)	
IV Patiënt met zeer ernstige systeemaantasting, chronisch bedreigend voor het leven (Voorbeelden patiënten met hartziekten met duidelijke tekenen van hartfalen, voortgeschreden long-, lever-, of nierfalen.)	Voor ASA klasse IV en V geldt altijd opname in kliniek na scopie
V Moribund, waarvan verwachte overleving <24 uur met of zonder ingreep (Voorbeelden: de patiënt met een gebarsten buikaneurysma, de patiënt met een ernstig schedeltrauma.)	

**** extra informatie t.b.v. ERCP (verplicht).**

icterus koorts Pancreatitis Koliekpijn

LAB: _____ datum: _____ datum: _____
 Bilirubine: _____ AST: _____
 Alk.fosf: _____ ALT: _____
 Y-GT: _____ Amylase: _____

Maag operatie nee ja, nl : BI BII Roux en -Y

*****Richtlijnen Antibiotica Profylaxe**

Er dient antibiotica profylaxe volgens protocol* te worden gegeven indien er sprake is van:

1. Ascites bij leverlijden
2. Bloeding bij leverlijden
3. i.g.v. ERCP
 - bij hoge galwegstrictuur
 - bij scleroserende cholangitis
 - na levertransplantatie
4. pancreascyste met punctie

*Doorgemaakte endocarditis, kunstklep, geopereerd congenitaal klepvalvium of recente vaatstent vormen op zich geen indicatie voor antibiotica profylaxe. Als voor indicaties 1-4 toch profylaxe toegediend wordt, dan dienen in geval van 1 van de genoemde omstandigheden gram positieve micro-organismen meegedeekt te worden.