

INFORMED CONSENT

Outpatient Parenteral Antimicrobial therapy (OPAT)

Dit document betreft een geïnformeerde toestemmingsverklaring voor de opstart van OPAT waarbij zowel een exemplaar voor de patiënt als voor de arts wordt opgemaakt.

PATIËNTGEGEVENS	ARTS
Naam patiënt	Stempel & handtekening
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identificatienummer	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Arts

Na overleg met het multidisciplinair infectieteam stemt de behandelende arts er mee in dat de klinische verantwoordelijkheid voor de opvolging van de patiënt bij hem/haar blijft.

Patiënt

Ik verklaar dat ik voor de geplande OPAT-behandeling een informatiebrochure ontving en dat ik voldoende en in een verstaanbare bewoordingen mondeling door hem/haar werd ingelicht omtrent alle relevante elementen van de voorgestelde behandeling waaronder:

- **De inhoud:**
 - Betekenis en doel OPAT
 - De aard van behandeling (hoe wordt het toegediend)
 - Het behandelplan (duur en frequentie van behandeling)
 - Thuisverpleegkundige (wie gaat het toedienen)
 - Het verwachte resultaat
- **Complicaties en risico's:**
 - Alarmsymptomen

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta Roeselare | AZ Groeninge Kortrijk | AZ Maria Middelaars Gent | AZ Sint-Lucas Gent | AZ Sint-Rembert Torhout | H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis Bonheiden | Jan Yperman Ziekenhuis Ieper | Sint-Andriesziekenhuis Tielt | Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent

- **Praktische modaliteiten:**

- Verpleegkundige hulp
- Verkrijgen van geneesmiddelen en medische materialen

- **Alternatieven**

- **Kostprijs**

Ik begrijp dat ik in het ziekenhuis word behandeld door een team van zorgverleners en gegevens zullen uitgewisseld worden tussen deze zorgverleners.

Door het ondertekenen van deze verklaring bevestig ik vrij en welbewust te kiezen voor de thuisbehandeling die mij door de arts werd uitgelegd.

Ik begrijp dat deze OPAT-behandeling mijn ontslag uit het ziekenhuis bevordert maar tevens ook enkele risico's inhoudt.

Ik zal de opgegeven contactpersoon in het ziekenhuis contacteren indien er problemen optreden gedurende de thuisbehandeling die mijn behandelende arts mij heeft voorgeschreven.

Ik verklaar hierbij dat mijn gegevens op anonieme wijze verwerkt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek. *(indien niet akkoord, schrapping de deze zin en plaats hiernaast uw handtekening).*

Ik verklaar dat ik kennis heb genomen van dit toestemmingsformulier en dat ik waar nodig verduidelijking kreeg van mij behandelende arts.

Opgemaakt te op waarbij elke partij de inhoud aanvaardt en erkent één exemplaar te hebben ontvangen.

Patiënt

“gelezen en goedgekeurd” gevolgd door uw handtekening

Wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (indien van toepassing)

“gelezen en goedgekeurd” gevolgd door naam en handtekening

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta Roeselare | AZ Groeninge Kortrijk | AZ Maria Middelaars Gent | AZ Sint-Lucas Gent | AZ Sint-Rembert Torhout
| H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis Bonheiden | Jan Yperman Ziekenhuis Ieper | Sint-Andriesziekenhuis Tielt |
Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent