ZAS informatiebrochure   
voor studenten

Dienst Pneumologie – neurologie 3B (stroke – unit) Campus ZAS Palfijn

Je komt binnenkort op stage bij ZAS – Ziekenhuis aan de Stroom. Welkom! We geven je in deze brochure graag wat meer informatie over de afdeling waar je stage zal doen. Daarnaast geven we je ook praktische info en richtlijnen voor tijdens je stage. Veel succes!

# Informatie over jouw stage-afdeling

## Algemene informatie

*3B is een dienst inwendige geneeskunde (D – dienst) in het ZAS Palfijn op de 3de verdieping. De afdeling observeert patiënten met voornamelijk neurologische en pneumologische problematiek.*

*3B observeert en behandelt patiënten met o.a. :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * *CVA / TIA / Bloeding* | * *COPD* | * *Astma* |
| * *Parkinson* | * *Longoedeem* | * *TBC* |
| * *MS / ALS* | * *Longcarcinoom* | * *COVID* |
| * *Epilepsie* | * *longembolen* |  |
| * *Pneumonie* | * *Pneumothorax* |  |

*Verder komen er ook patiënten met gastro-intentinale en cardiale problematiek op 3B terecht. Gezien de hoge gemiddelde leeftijd ( 70 – 75 jaar) hebben patiënten vaak te kampen met een multipathologie en voldoen deze aan een geriatrisch profiel.*

*Er is ook een Stroke Unit aanwezig, onderbouwd met een multidisciplinair team en uitgerust met 6 toestellen voor telemonitoring. Deze werken volledig op Wifi en kunnen over heel de gang gebruikt worden.*

*De Stroke Unit werkt zeer nauw samen met volgende diensten:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * *Logopedie* | * *Diëtiek* | * *Fysiotherapie* |
| * *Ergotherapie* | * *Sociale dienst* | * *Radiologie (MRI)* |
| * *Consultatie cardiologie* | * *Consultatie endocrinologie* |  |

## Contactpersonen

* *Adres: ZAS Palfijn – Lange Bremstraat 70 – 2170 Merksem*
* *Algemeen telefoon: 03 217 20 11*
* *Tel afdeling 3B: 03 640 23 61*
* *Afdelingshoofd: Cliff Feyen* [*cliff.feyen@zas.be*](mailto:cliff.feyen@zas.be)
* *Telefoonnummer: 03 800 63 62*
* *Mentoren:*
* *Cliff Feyen*
* *Kris Marrannes*
* *Kim Van Dam*
* *Carolien Mynke*

## Dagindeling

### Shiften

* *Vroege: 06.45u – 14.45u*
* *Late: 14.00u – 22.00u*
* *Nacht: 21.15u – 07.15u*

### Verloop van een shift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Vroege: 06.45u – 14.45u*** | | |
| *06.45u – 07.15u* | | * *Briefing door de nachtverpleegkundige* |
| *07.15u – 10.30u* | | * *Ochtendverzorging, medicatie uitdelen door verantwoordelijke verpleegkundige, maaltijden uitdelen en afdienen, watertoer* |
| *10.30u – 10.45u* | | * *Koffiepauze (als er teveel studenten zijn, pauzeren we apart* |
| *10.45u – 11.30u* | | * *Invullen verpleegdossiers, uitwerken van medische opdrachten* |
| *11.30u – 12.00u* | | * *Middagmedicatie uitdelen* |
| *Middagpauze hangt af van de drukte en de hoeveelheid studenten* | | |
| *12.00u – 12.45u* | * *Middagmaal uitdelen en afdienen, koffietoer* | |
| *12.45u – 13.15u* | * *Toeren (patiënten in bed leggen, nakijken incontinentiemateriaal)* | |
| *13.45u – 14.15u* | * *Bellen beantwoorden, eventuele medische opdrachten uitwerken, familie te woord staan* | |
| *14.15u – 14.45u* | * *Briefing naar de late* | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Late: 14.00u – 22.00u*** | |
| *14.00u – 14.30u* | * *Briefing door vroege dienst* |
| *14.30u – 15.30u* | * *Medische opdrachten, medicatie nakijken, familie te woord staan, opnames, klaarzetten medicatie voor nacht* |
| *15.30u – 16.00u* | * *Medicatie uitdelen* |
| *16.30u – 18.00u* | * *Maaltijden bedelen en afruimen, IV medicatie toedienen* |
| *18.00u – 19.00u* | * *Avondpauze ( maaltijd te voorzien)* |
| *19.00u – 21.00u* | * *Avondtoer, medicatie bedelen, patiënten zorgen toedienen voor nacht* |
| *21.15u – 22.00u* | * *Briefing naar de nacht* |

|  |
| --- |
| ***Nacht: 21.15u – 07.15u*** |
| * *Na de briefing wordt er om de 2u getoerd met de loopwaak of nachtverpleegkundige van dienst* * *De nachtverpleegkundige zet eventueel nog medicatie klaar voor de komende 24u. Alle karren worden aangevuld waar nodig.* * *Tijdens de nacht ( meestal 00.00u en 06.00u) wordt er IV medicatie aangehangen en/of aerosol toegediend waar nodig. Rond 06.00u doet de nachtverpleegkundige ook de bloedafnames.* |

## Wat doet onze afdeling

*3B is een dienst inwendige geneeskunde.*

*Patiënten komen bij ons terecht ter observatie i.v.m. overwegend pneumologische en neurologische aandoeningen.*

*Wij kunnen plaats bieden aan 30 patiënten. De gemiddelde leeftijd van onze patiëntenpopulatie bedraagt 75 jaar.*

### Pneumologie

|  |
| --- |
| ***Pneumonie*** |
| * *Ook longontsteking genoemd.* * *Het gaat om een infectie van het longweefsel, gaat gepaard met hoge koorts, flankpijn, pijn op de borst, productieve hoest en dyspnoe* * *Belangrijkste oorzaken hiervan zijn:* * *Bepaalde virussen (meer bij kinderen: influenza, RSV, adenovirus, rinovirus, COVID)* * *Streptococcus Pneumoniae (pneumokokken)* * *Pseudomonas* * *Staphylokokken* * *Complicaties:* * *Sepsis* * *Longabces* * *Empyeem* * *Respiratoir falen* * *Therapie:* * *Aerosol* * *Zuurstof* * *IV / PO antibiotica* |

|  |
| --- |
| ***COPD of COLL*** |
| * *Chronisch obstructief longlijden, onderverdeeld in gradaties naargelang stadium (GOLD-indeling). Hieronder worden meerdere aandoeningen ondergebracht:* * *Longemfyseem: alveolaire destructie en ‘longgaten’* * *Chronische bronchitis: inflammatie van de luchtwegen* * *Reactieve ademhalingsziekten: bronchospasmen, mucusproppen* * *Astma bronchiale ( zie verder)* * *Deze veroorzaken een verminderde ventilatie en obstructie van de luchtwegen* * *Gaat gepaard met dyspnoe, hoest, wheezing, verminderde ratio in- en uitademing, cyanose* * *Oorzaken:* * *Roken* * *Luchtvervuiling* * *Therapie:* * *Aerosol* * *Zuurstof (opletten voor carbonarcose!)* * *Corticoïden* * *Antibiotica bij infectieuze opstoot* * *Eventueel niet – invasieve bipap of intubait* |

|  |
| --- |
| ***Longembolen*** |
| * *Zijn bloedstolsels of delen van een thrombus die in venen elders in het lichaam ontstaan (meestal onderste ledematen) en op de één of andere manier loskomen, door de bloedbaan worden voorbewogen en via he trechter hart dan in de bloedvaten van de longen terechtkomen en deze verstoppen.*   *Hierdoor ontstaat in het longweefsel dat door dit bloedvat bevloeit wordt ischemie, gevolgd door necrose*  *Indien een groot gedeelte van de longen hierdoor ischemisch wordt, zal de zuurstofuitwisseling van de longen in het gedrang komen.*  *Dit kan leiden tot ernstige dyspnoe en/of overlijden*  *Men dient de aandoening steeds ernstig te behandelen omdat de kans op recidief vaak vrij groot is.*   * *Symptomen kunnen zijn:* * *Dyspnoe* * *Angst* * *Thoraxpijn* * *Koorts* * *Zweten* * *Hoest* * *Hemoptoe* * *Tachycardie* * *Cyanose* * *Oedeem onderste ledematen* * *Oorzaken:* * *Recente chirurgie* * *Zwangerschap* * *Obesitas* * *Longembolen / DVT in voorgeschiedenis* * *CVA* * *Roken* * *Therapie:* * *LMWH: 2x/dag Fraxiparine, Clexane, Fraxodi* * *In tweede tijd DOAC: bv Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto* * *Vit. K – antagonisten: bv Sintrom, Marevan (bij obese patiënten, volgens INR)* * *Thrombolyse* * *embolectomie* |

|  |
| --- |
| ***Pneumothorax*** |
| * *Ophoping van lucht in de borstholte tussen de 2 pleurabladen* * *Oorzaken:* * *Trauma* * *Spontaan* * *Na thoracale chirurgie* * *Symptomen:* * *Thoracale pijn* * *Dyspnoe* * *Tachypnoe* * *Tachycardie* * *Therapie:* * *Zuurstof* * *Thoraxdrain ( op waterslot of op suctie)* * *In tweede tijd eventueel thoracoscopie met talkage)* |

|  |
| --- |
| ***Longoedeem*** |
| * *Ernstige aandoening waarbij ophoping van vloeistof in de longblaasjes ontstaat, waardoor deze zich niet meer met lucht kunnen vullen.* * *Hierdoor wordt de gasuitwisseling verstoord, daalt het zuurstofgehalte in het bloed en stijgt het CO2-gehalte.*   *Deze toestand is zeer ernstig tot dodelijk en dient goed te worden behandeld.*   * *Oorzaken:* * *Verminderde capillaire permeabiliteit* * *Verhoogde capillaire pulmonaire druk* * *Aspiratie* * *Bijna verdrinking* * *Pneumonie* * *Inademing toxines* * *Gedaalde osmotische druk* * *Linker hartdecompensatie* * *Symptomen:* * *Dyspnoe* * *Tachypnoe* * *Schuimend sputum* * *Reutelen* * *Wheezing* * *Zweten* * *Angst* * *Cyanose* * *Therapie:* * *Zuurstof* * *Laxic IV (diureseopvolging)* * *Morfine* * *Bipap* |

|  |
| --- |
| ***Astma*** |
| * *Aandoening met een veranderlijke belemmering in de doorgankelijkheid van de kleiner luchtwegen door bronchospasmen en een ontstekingsreactie die zich uit in een hijgende dyspnoe.* * *Oorzaken:* * *Allergenen* * *Stress, angst* * *Medicatie* * *Roken, toxines, zware inspanning, koude lucht* * *Infecties luchtwegen* * *Therapie:* * *Aerosol* * *Zuurstof* * *Corticoïden* * *Eventueel intubatie* |

|  |
| --- |
| ***Longcarcinoom*** |
| * *Symptomen:* * *Hoest* * *Hemoptoe* * *Dyspnoe* * *Pijn* * *Vermoeidheid* * *Gewichtsverlies* * *Types:* * *Niet – kleincellig carcinoom: wordt meestal operatief verwijderd, reageert niet goed op chemo en radiotherapie* * *Kleincellig carcinoom: behandelbaar met chemo en radiotherapie, kan recidief zijn, meer kans op uitzaaiingen* * *Mesothelioom: zit in de longvliezen, met pleuravochtuitstortingen* * *Indeling:* * *Stadium 1: kanker aanwezig in 1 deel van de long* * *Stadium II: uitzaaiingen naar lymfe of nabij gelegen weefsel* * *Stadium III: sterk uitgezaaid naar lymfe en binnen de borstholte* * *Stadium IV: uitzaaiingen naar andere organen* * *Therapie:* * *Operatief (stadium 1 en II)* * *Chemotherapie* * *Radiotherapie (stralen)* * *Waak worden behandelingswijzen gecombineerd* |

|  |
| --- |
| ***(long) Tuberculose (TBC)*** |
| * *Tuberculose (TBC) is een infectieziekte die veroorzaakt wordt door een bacterie. Mycobacterium Tuberculosis. Deze bacterie veroorzaakt in het lichaam ontstekingen.* * *Een kwart van de wereldbevolking is geïnfecteerd met TBC, maar gelukkig wordt niet iedereen ziek. Gemiddeld ontwikkelt 5 – 10 procent van de geïnfecteerde personen TBC, waarvan 80 procent binnen de eerste twee jaar na de infectie. De resterende 20 procent wordt later in het leven alsnog ziek. De TBC – bacil kan namelijk tientallen jaren in een latent (slapende) vorm in het lichaam overleven en weer actief worden als de afweer van de geïnfecteerde persoon afneemt. Bijvoorbeeld door ziekte of ondervoeding. Personen met HIV – infectie, suikerziekte en immunologische problemen hebben een grotere kans om ziek te worden na een TBC-infectie.*   *De TBC – bacil wordt door hoesten en niezen overgedragen en kan zich in alle organen nestelen en daar ziekte veroorzaken. Meestal zijn dat de longen.*  *Patiënten met een besmettelijke vorm van longtuberculose dragen de ziekte door de lucht over op contactpersonen. Personen met een latente infectie kunnen de ziekte niet verspreiden. Er bestaan effectieve medicijnen om TBC te behandelen. Helaas kunnen TBC – bacillen muteren waardoor zij ongevoelig (resistent) worden voor medicijnen. Daarom moet een TBC – patiënt altijd met een combinatie van medicijnen worden behandeld. Zonder behandeling overlijdt het merendeel van de TBC- patiënten.*   * *Symptomen:* * *Koorts* * *Hoesten* * *Nachtelijk zweten* * *Dyspnoe* * *Gewichtsverlies* * *Hemoptoe* * *Onderzoeken:* * *RX thorax (in tweede tijd eventueel een CT thorax)* * *De patiënt moet tijdens de opname 3x opgehoest sputum afgeven, liefst 3 opeenvolgende dagen op een nuchtere maag. Hierop gaan we in een labo testen uitvoeren om te zien of ze positief testen op de bacil van Koch.* * *Als patiënt geen sputum kan ophoesten kan er aerosol met hypertoon zout toegediend worden of kan een brochoscopie met bronchiale lavage gebeuren om zo het vocht op kweek te zetten* * *Een tuberculinehuidtest of mantouxtest deze is af te lezen na 1 à 3 dagen, deze is niet diagnostisch voor een actieve TB maar kan aanvullend zijn om de diagnose te stellen ( vals negatieve testen zijn perfect mogelijk!)* * *IGRA/T – spot, deze test wordt uitgevoerd door middel van een bloedafname. De test is echter ook niet diagnostisch maar kan wederom aanvullend werken bij een twijfelachtige mantoux. Het is niet mogelijk om hiermee een latente of actieve tuberculose te onderscheiden.* * *Therapie:* * *Medicatie: Een tuberculosepatiënt kan in principe volledig genezen met antibiotica. Hiervoor start de arts meestal een quadruple therapie, de dosis hiervan wordt bepaald aan de hand van leeftijd en gewicht. De patiënt wordt 2 weken behandeld (in isolatie) in het ziekenhuis, daarna wordt een sputumcontrole uitgevoerd om te zien of de bacterie nog actief is. Gedurende minstens 6 maanden moeten de 3 à 4 geneesmiddelen ingenomen worden, zogenaamde tuberculostatica : Nicotibine, Rifadine, Myambutol, Tebrazid. De medicatie is toxisch voor de lever dus levertesten moeten nauwkeurig opgevolgd worden. Rifadine zorgt ook voor een oranje verkleuring van de urine.* * *De arts geeft het positief geval door aan het gemeenschap voor Zorg en Gezondheid, zij zorgen voor documentatie en verdere opvolging van positieve gevallen. Hier in Antwerpen gebeurt dit via de VRGT (Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding). Zij zorgen voor opvolging en contact,tracing intra –en extramuros.* * *Persoonlijke beschermingsmiddelen:* * *Aërogene isolatie op de afdeling (deurkaart!)* * *Deze isolatie is bedoeld om de lucht van in de patiëntenkamer daar te houden. De patiënt ligt altijd op een éénpersoonskamer. Deze kan voorzien zijn met een luchtzuiveringssysteem dat zorgt voor een negatieve druk (de lucht gaat van de gang naar de kamer en niet andersom) en met een sas zodat de zorgverlener zich in veilige omstandigheden kan omkleden.* * *Als zorgverlener gaan we met een FFP3 mondmasker de kamer binnen. Of met een Powered Air Purifying Respirator (PAPR) systeem is een moter-aangedreven systeem (kap of volgelaatsmasker) waarbij de omgevingslucht door middel van een pomp over filtereenheden wordt aangeblazen en gecontamineerde lucht actief wordt gefilterd. Handschoenen of schort zijn niet nodig!* * *Alle afval wordt apart gesorteerd. Verzorgingsmaterialen worden verzameld in een RMA-doos, het linnen in een gele linnenzak. Materialen (bv. maaltijdplateau, bloeddrukmeter,…) mogen in principe gewoon na een standaarddesinfectie op en van de kamer.* |

|  |
| --- |
| ***Veel voorkomende onderzoeken bij pneumologische patiënten*** |
| * *RX thorax* * *CT thorax* * *Arterieel bloedgas* * *Longfunctie / spirometrie* * *Ventilatie / perfusiescan* * *Echo cardio* * *Labo (zie routine bloedafname)* * *Thoracoscopie, mediastinoscopie, bronchoscopie* * *Pleuropunctie* * *Saturatiemeting, nachtelijke oxymetrie* * *PET - scan* |

### Neurologie

|  |
| --- |
| *CVA* |
| * *Cerebraal vasculair accident is een benaming voor een groep van aandoeningen waarbij het bewustzijn en/of de perifere neurologie van een patiënt verstoord worden door beschadiging van de hersenen op basis van een verminderde doorbloeding (herseninfarct). Hoewel strikt genomen bloedingen hierbij horen worden in de praktijk vaak alleen de infarcten bedoeld.* * *De oorzaken zijn enerzijds gelokaliseerde klontervorming in de hersenarteriën, en anderzijds klonters welke vanaf het hart de hersenen bereiken en daar de bloedvaten verstoppen (embolen)* * *Symptomen:* * *Hemiparese* * *Hemiplegie* * *Facialisparese* * *Ademhalingsdeprivatie (Cheyne stokes, apnoes)* * *Paresthesiën* * *Diplopie* * *Ataxie* * *Apraxie* * *Afasie* * *Bewustzijnsdalingen* * *Hoofdpijn* * *Hemianopsie* * *Nausea en braken* * *Vertigo* * *Slikstoornissen* * *Therapie:* * *Infuus* * *Anti – aggregantia (enkel bij herseninfarct)* * *Hypolipemiërende middelen (statines)* * *Bed in 30°* * *Opvolgen neurologisch deficit (GCS, spraak, uitval, )* * *Antihypertensiva* * *Zuurstof* * *Zorgpad Stroke 🡪 EKG, RX thorax, CT hersenen, labo, duplex halsvaten, EEG, 24u bloeddrukmonitoring, TTE, fysiotherapie, logopedie + eventueel MRI, TEE en sociale dienst voor revalidatie* |

|  |
| --- |
| ***Intracraniële bloeding*** |
| * *Intracerebraal hematoom is een bloeding welke zich in de hersenen zelf bevind. Hierdoor ontstaat compressie en oedeem van het omgevend hersenweefsel.* * *De meest voorkomende oorzaak is hypertensie* * *Controleren van de hypertensie zonder deze te laag te brengen voor een voldoende hoge hersenperfusie is een belangrijk aspect van de behandeling* * *Oorzaken:* * *Arteriële hypertensie* * *Trauma* * *Aneurysma* * *Stollingsstoornissen* * *Symptomen:* * *Hevige hoofdpijn* * *Epilepsie* * *Braken* * *Bewustzijnsverandering* * *Naargelang locatie bloeding: ook afasie of hemiplegie* * *Therapie:* * *Hypertensie behandelen* * *Intracraniële druk stabiel houden* * *NOOIT antiaggregantia / antico* |

|  |
| --- |
| ***TIA*** |
| * *Transient Ischemic Attack = kortdurende stoornis in bloedcirculatie in een klein gebied van de hersenen.* * *Symptomen zijn gelijkaardig aan die van een CVA maar verdwijnen binnen de 24u. Er is dus steeds een volledig herstel* * *Doch moet de patiënt volledig nagekeken worden, een TIA is de voorbode van een mogelijke CVA* |
| ***Parkinson*** |
| * *Aandoening die kan optreden na het 35ste levensjaar* * *Symptomen zijn:* * *Bradkinesie* * *Hypokinesie* * *Akinesie* * *Rigiditeit* * *Tremor*   *Door deze symptomen krijgt de patiënt gangstoornissen en moeite met fijne motoriek. De verschijnselen treden op doordat de dopamine-producerende neuronen afsterven. Dopamine is een neurotransmitter die noodzakelijk is voor het uitvoeren van een beweging. Parkinsons is een ongeneeslijke aandoening, maar kan afgeremd en onder controle gehouden worden met de juiste medicatie.*   * *Voornaamste medicatie:* * *Prolopa* * *Requip* * *Stalevo* * *Mirapexin* * *Xadago* * *Neupro (transdermaal systeem)* * *Levodopa (met pomp via PEG-sonde)* |

|  |
| --- |
| ***Epilepsie*** |
| * *Aandoening die zich uit in aanvallen door storingen in de hersenfunctie* * *Er zijn vele verschillende vormen:* * *Partiële aanvallen*   *🡪 stoornis beperkt zich tot een klein deel van de hersenen, verschijnselen hangen af van de plaats*   * *Eenvoudige partiële aanval: persoon blijft bij bewustzijn en kan zijn verschijnselen beschrijven* * *Complexe partiële aanval: stoornis in iets groter deel van de hersenen, mogelijks met storing van het bewustzijn, aanval duurt meestal enkele minuten.* * *Secundair gegeneraliseerde aanval: aanval breidt zich verder uit tot de gehele hersenen.* * *Plaatsen in de hersenen:* * *Occipitaal = visuele verschijnselen* * *Pariëtaal = gevoelswaarnemingen* * *Temporaal = auditieve, vegetatieve verschijnselen* * *Frontaal = motorische verschijnselen* * *Gegeneraliseerde aanvallen* * *Absences ( Petit Mal)* * *Fasen van afwezigheid, kan meerdere malen per dag optreden* * *Fase van kort bewustzijnsverlies met soms dromerig staren* * *Na de aanval herneemt de persoon zijn activiteit, vaak zonder van de aanval te weten* * *Komt vaak voor tijdens de kinderjaren.* * *Tonische – clonische aanval (Grand mal)* * *Geheel lichaam verstijft en persoon valt neer, samentrekking van de borstspieren en kaakspieren* * *Duurt 10 tot 30 seconden* * *Clonische fase:* * *Afwisselend verslappen en verstijven van het lichaam (schokken) en urineverlies* * *Duurt 30 tot 60 seconden* * *Aanvallen kunnen uitgelokt worden door overmatige stress, angst, verveling, alcohol, een sterk en onverwacht geluid, en felle of flitsende lichtbron, een tekort aan eten of slaap.* * *Natuurlijk kan een aanval uitgelokt worden door therapie ontrouw* * *Ook littekenweefsel in de hersenen na chirurgie kan tot epilepsie leiden.* * *Wat te doen en niet te doen bij een grand mal:* * *NIETS TUSSEN DE TANDEN STEKEN* * *De tong kan NIET ingeslikt worden* * *Laat de persoon liggen, til hem niet op en probeer het schokken niet tegen te houden* * *Leg de persoon steeds in veiligheidshouding (zijlig)* * *Verhinder dat de persoon zich kwetst, bescherm het hoofd* * *Observeer en neem de tijd op van de aanval ( een aanval die langer dan 10min duurt heeft medische attentie nodig)* * *Voornaamste medicatie* * *Depakinge* * *Diphantoine* * *Topamax* * *Keppra* * *Tegretol* * *Eventueel Valium IV om een aanval te couperen* |

|  |
| --- |
| ***Veel voorkomende onderzoeken bij neurologische patiënten*** |
| * *CT hersenen (met of zonder contrast)* * *EEG* * *Duplex halsvaten* * *MMSE* * *LP* * *MRI* * *Echocardiografie, TEE (i.f.v. CVA)* * *EMG* * *MEPISSEP / VEP* |

### Te verwachten technieken

*Rekening houdend met de geziene technieken en leerstof krijg je de mogelijkheid om:*

* *Briefing te volgen alsook te leiden*
* *Teamvergadering bij te wonen ( 3de en 4de jaar)*
* *Te werken met patiëntendossiers (gegevensverzameling, rapportage)*
* *Verantwoordelijkheid te nemen voor een grotere groep patiënten, inclusief medische opdrachten en medicatie ( 3de jaar)*
* *Hygiënische zorgen toe te dienen met oog voor detail*
* *Bedden te dekken*
* *Patiënten op te zetten met actieve en passieve tillift*
* *In te staan om patiënten een comfortabele houding te geven*
* *Parameters op te nemen ( temperatuur, bloeddruk en pols, saturatie, glycemie)*
* *Venapunctie, hemoculturen af te nemen*
* *Een infuus of heparineslot te plaatsen en te verwijderen*
* *Blaascatherisatie uit te voeren*
* *Een maagsonde te plaatsen*
* *Port – a – cath aanprikken en spoelen*
* *Glycemiebepaling en insulinetoediening*
* *Vervangen van opvangrecipiënt van een thoraxdrain*
* *Monitoring aanhangen en opvolgen*
* *Wondzorg (DAV, wieken, draadjes verwijderen, CVK verzorgen, thoraxdrain verzorgen)*
* *Een patiënt voor te bereiden op een onderzoek*
* *Medicatie toe te dienen (inhalatie, po, IV, IM, SC, via PEG-sonde)*
* *Te assisteren bij lumbaalpunctie, pleurapunctie*
* *Onderzoeken te volgen (in samenspraak met verpleegkundige)*
* *Sondevoeding toe te dienen en het hanteren van een voedingspomp*
* *Inzicht te krijgen in de werking van de dienst*
* *Inzicht te krijgen in de gevoelswereld van de patiënt*
* *Een patiënt psychisch te begeleiden en te benaderen in zijn totaliteit, patiëntenvoorlichting te doen*

## Verwachtingen

* *Je zorgt voor een verzorgd persoonlijk voorkomen, er worden geen ringen of polshorloges gedragen, draag zo nodig haarspeldjes*
* *Je komt steeds op tijd, wanneer je niet op stage kan komen is het jouw verantwoordelijkheid zowel de dienst als de school te verwittigen*
* *Laat je doelstellingen zien aan één van de mentoren en bespreek deze, bespreek ook eventuele aandachtspunten, geef een kopie af aan de mentor*
* *Vul aan het einde van je stage de enquête in op het kwaliteitsportaal*
* *Veranderingen op de urenlijst gebeuren steeds in samenspraak met de mentor en praktijklector van de school*
* *Er worden leerkansen aangeboden, maar er wordt verwacht dat je deze zelf grijpt*
* *Alle observaties worden doorgegeven aan de verantwoordelijke verpleegkundigen*
* *Je geeft blijk van interesse, leergierigheid, verantwoordelijkheidszin, nauwkeurigheid en motivatie*
* *Je neemt gepast initiatief*
* *Je behandelt de patiënten met respect en begrip, stelt je empathisch op*
* *Sta stil bij je eigen handelen*
* *Hanteer het beroepsgeheim*
* *Je werkt volgens onze gewoonten en procedures, rekening houdend met de 8 basisprincipes*
* *Aarzel niet om vragen te stellen indien nodig, iedereen binnen het team is blij je te kunnen helpen*
* *Laat je evaluatieformulier invullen door een verpleegkundige waarmee je gewerkt hebt, zie dat je voldoende evaluaties hebt tegen het einde van de stage*
* *Vraag om verpleegplannen in te vullen samen met de verpleegkundigen na alle zorgen*
* *Bellen worden zo vlug mogelijk beantwoord*
* *Praat over eventuele problemen met de mentoren, van welke aard dan ook, blijf er niet mee zitten*

### Eerste stage dag

* *Je krijgt de eerste dag een kastje beneden in de kelder toegewezen*
* *Je hebt boven de mogelijkheid om je waardevolle spullen achter slot op te bergen*
* *Na de stage maak je het kastje leeg*
* *Wanneer je de late hebt, moet je ofwel voor 18u zelf voor een kleine (warme) maaltijd zorgen of je kan ’s middags even je broodje gaan halen in de refter (bonnetjes) of cafetaria (geld)*
* *Bij eventuele problemen kan je ons bereiken op* ***03/640 23 61*** *of* ***03/800 63 62****, of via* [*cliff.feyen@zas.be*](mailto:cliff.feyen@zas.be)*/*[*kim.vandam@zas.be*](mailto:kim.vandam@zas.be)

## Feedback

*De feedback wordt gegeven op de officiële documenten van ZAS of via de online werkwijze van de school (Medbook) Er wordt verwacht dat deze eerst door de student zelf gemaakt wordt, nadien zal een mentor / medewerker feedback geven. Het is de bedoeling dat je als student zelf komt aangeven dat er feedback moet worden ingevuld.*

## 