

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.

Patiëntengegevens	ARTS
Naam patiënt:	Datum:
Geboortedatum:	Stempel en handtekening:

PATIËNT

Ik verklaar dat ik voor de geplande OPAT-behandeling een informatiebrochure ontving en dat ik voldoende en in een verstaanbare bewoording 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**
- ✓ **Praktische modaliteiten**
 - Verpleegkundige hulp
 - Verkrijgen van geneesmiddelen en medische materialen
 - De patiënt weet dat er geen materiaal kan teruggenomen worden door het ziekenhuis bij vervroegde stopzetting/complicaties (er wordt maximaal voor 2 weken materiaal meegegeven)
- ✓ **Alternatieven**
- ✓ **Kostprijs**

Patiënt	Wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (indien van toepassing)
<i>“gelezen en goedgekeurd” gevolgd door uw handtekening</i>	<i>“gelezen en goedgekeurd” gevolgd door naam en handtekening</i>

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