

NAMEN EN TELEFOONNUMMERS

○ Huisapotheker: Tel.:

○ Wie houdt zich thuis bezig met de medicatie?
○ ikzelf ○ andere: Tel.:

**INDIEN JE REEDS EEN MEDICATIESCHEMA HEBT, GELIEVE EEN KOPIE ERVAN BIJ DIT DOCUMENT TE
VOEGEN. ZO NIET, GA VERDER!**

VOLLEDIGE LIJST VAN MIJN HUIDIGE BEHANDELING

○ GEEN MEDICATIE

Naam geneesmiddel	Dosis (Bv.: aantal mg, ml, µg, ...)	Vorm (Bv.: tablet, ampul, suppo, pleister, puffer, ...)	Ochtend		Middag	Avond	Voor slapen	Opmerkingen (Bv.: enkel zo nodig, enkel op ma en di, maandelijks, nuchter, ...)
			Nuchter	Ontbijt				
VOORBEELD: Dafalgan	500mg	Tablet		1	1	1		

DENK OOK AAN ONDERSTAANDE MEDICATIE !

Antibiotica (Ook indien je die 2 weken geleden gebruikte!)	Medicatie die je 1x/w, 1x/m, 1x/j of zo nodig gebruikt
Bloedverdunners	Pijnstillers
Insuline	Hormonen
Voedingssupplementen / vitaminen	Homeopatische middelen
Geneesmiddelen die je in de frigo bewaart	Tabletten en/of capsules
Neusspray	Sputen
Inhalator, puffer of aerosol	Pleisters
Crème, gel of zalf	Oplossing of siroop
Suppo/zetpil (rectale weg) of ovule (vaginale weg)	Druppels
Bereiding (gemaakt door de huisapotheker)	Een staal verkregen door de huisarts

BEN JE ALLERGISCH AAN MEDICATIE/CONTRASTSTOFFEN/VOEDING/KLEURSTOFFEN/... ?

○ JA ○ NEE

Beschrijf de reactie:

-
-

**Breng je medicatie in zijn oorspronkelijke verpakking mee naar het ziekenhuis!
Stop de medicatie in de bijgevoegde zak!**



OPNAMEFORMULIER chirurgische patiënt

VUL ALLE ORANJE
VELDEN IN!

NAAM:

VOORNAAM:

GEBOORTEDATUM:

Beste mevrouw, mijnheer

Met deze vragenlijst willen we je gezondheidstoestand bevragen voor je geplande opname.

Zo kunnen we ons voorbereiden op een goede behandeling en zorg voor jou.

Wend je tot het onthaal, zij geven je graag extra toelichting voor de opname.

Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

ZH-vpk:

Paraaf:

ADMINISTRATIE

Ingevuld door: patiënt / familie / zorgverlener

Datum van invullen:

Taal: je spreekt Begrijp je Nederlands? Ja Nee

Welke levensbeschouwing heb je?

Kolom voor verpleegkundige ziekenhuis

Wie is je contactpersoon tijdens je opname?

Naam: Verwantschap:

Tel.:

Naam huisarts: Tel.:

Vertrouwenspers./wett. vertegenwoordiger:

Verwantschap:

Tel.:

Hoe is je thuissituatie?

Je woont samen met / gehuwd:

Je woont alleen

Je woont in een woonzorgcentrum/instelling. Welk(e)?

Patiënt heeft opvang voor de eerste 24u:

Ja Nee

Patiënt heeft vervoer:

Ja Nee

Mobiliteit/stappen/verplaatsen

Geen hulp

Zelfstandig mits hulpmiddelen Mijn hulpmiddelen zijn:

Volledige hulp bij minstens één transfer (bv. van bed naar zetel)

Volledige hulp of bedlegerig

Word je opgenomen wegens een val? Ja Nee

Ben je de voorbije 6 maanden gevallen? Ja Nee

Is er een risico op vallen?

Ja Nee Zo ja, start actieplan.

Uitscheiding/toiletbezoek

Voor urine

Draag je incontinentiemateriaal? Ja, wanneer? Overdag 's Nachts Altijd

Nee

Heb je: Blaassonde Suprapubische sonde Condoomcatheter Urostoma

Voor stoelgang

Draag je incontinentiemateriaal? Ja, wanneer? Overdag 's Nachts Altijd

Nee

Heb je een stoma? Ja, welke? Colostoma Ileostoma

Nee

Zo ja, decubituspreventierichtlijn

Documentatie

Welke van volgende documenten heb je nodig?

Ziekteattest

Familiaal verlof Naam:

Verzekeringsformulier

Andere:

ANAMNESE	Kolom voor verpleegkundige ziekenhuis
Voor welke aandoening/ingreep word je opgenomen?	Diagnose/ingreep
.....
Ben je bij jou huisarts geweest om extra onderzoeken te laten doen voor deze ingreep?	Welke?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Consult volgt	<input type="radio"/> Labo <input type="radio"/> EKG <input type="radio"/> Andere:
Heb je een allergie voor één van onderstaande stoffen?	Welke reactie trad er op?
<input type="radio"/> Nee, ik heb geen allergie <input type="radio"/> Ja, welke? <input type="radio"/> Voor medicatie/antibiotica: zo ja, welke? <input type="radio"/> Voor ontsmettingsstoffen: zo ja, welke? <input type="radio"/> Voor contraststof <input type="radio"/> Voor latex/rubber <input type="radio"/> Voor nikkel/namaakjuwelen <input type="radio"/> Voor kleefpleisters <input type="radio"/> Voor voeding: zo ja, welke? <input type="radio"/> Andere:	<input type="radio"/> Flauwvallen (lage bloeddruk) <input type="radio"/> Ademnood <input type="radio"/> Piepende ademhaling <input type="radio"/> Zwelling rond de mond <input type="radio"/> Rode vlekken op de huid + zwelling + jeuk <input type="radio"/> Rode vlekken met enkel jeuk <input type="radio"/> Andere:
Bij problemen: voor opname bespreken met de behandelende arts	Wanneer trad deze reactie op?
	<input type="radio"/> Zeer snel (< 1u) <input type="radio"/> Na 1u tot 3 dagen <input type="radio"/> Pas na 3 dagen - weken
Beschrijving van jouw algemene toestand	
Volg je een dieet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Zoutarm <input type="radio"/> Vetarm <input type="radio"/> Glutenvrij <input type="radio"/> Diabetes dieet <input type="radio"/> Lactosevrij <input type="radio"/> Ander:	
Draag je een gebit? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, waar? <input type="radio"/> Boven <input type="radio"/> Onder Heb je losstaande tanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Heb je tandimplantaten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Gebit meegegeven naar OK <input type="radio"/> Boven <input type="radio"/> Onder
Gehoor: <input type="radio"/> Goed <input type="radio"/> Slecht Indien hoorapparaat: <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links Zicht: <input type="radio"/> Goed <input type="radio"/> Slecht Indien slecht zicht, draag je: <input type="radio"/> Lenzen <input type="radio"/> Bril	Hoorapparaat aan bij LA: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Ben je afhankelijk van tabak, alcohol of andere producten?	
<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, waarvoor? <input type="radio"/> Tabak <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Drugs <input type="radio"/> Andere:	
Infectiepreventie	
Heb je in het verleden 1 van de mogelijke ziekenhuisbacteriën doorgemaakt? (MRSA, CPE, VRE, ESBL, ...) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Screen desbetreffende bacterie
Verbleef je het afgelopen jaar in een instelling of rusthuis? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Geen MRSA-screening laatste 3 mnd: screenen!
Verbleef je het afgelopen jaar langer dan 1 week in dit of in een ander ziekenhuis? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Screening MRSA + CPE + STRIKTE isolatie tot resultaat gekend is
Verbleef je het afgelopen jaar (minstens 48u) in een buitenlands ziekenhuis, Woon je in het buitenland of woon je sinds dit jaar in België? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Heb je een besmettelijke ziekte? (Hepatitis, ...) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, welke?	
Kom je regelmatig in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening of behandeling? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Screening MRSA (roze wissel)
Ben je een gezondheidsmedewerker of beroepsmatig in contact met veekalveren? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Beschrijving van jouw algemene toestand	
Heb je last bij het slikken? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, gebruik je ingedikte drank? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Logopediste contacteren
Gebruik je aangepaste voeding? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Gemalen vlees <input type="radio"/> Gemixte voeding	
Heb je de voorbije periode ongewenst gewicht verloren? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Diëtiste - Snaq
Had je de voorbije maand een verminderde eetlust? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Is jou BMI lager dan 20? BMI = gewicht (kg): (lengtexlengte(m)) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Heb je de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Rookstopbegeleiding contacteren
Indien je rookt, wens je hulp bij het stoppen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Heb je roodheid ter hoogte van drukpunten en/of doorligwonden	
<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Waar?	<input type="radio"/> Zo ja , decubituspreventierichtlijn Nortonschaal: ≤ 14 of > 14
Beschrijving:	
Behandeling:	
Thuisituatie	
Is jou huisgenoot hulpbehoevend? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Moet je trappen doen in uw woning? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Indien je hulpmiddelen gebruikt, gebruik je deze: <input type="radio"/> Binnenshuis <input type="radio"/> Buitenshuis	
Welke ondersteuning heb je reeds? <input type="radio"/> Dag-/nachtopvang <input type="radio"/> Poetshulp <input type="radio"/> Gezinsbuis <input type="radio"/> Mantelzorg <input type="radio"/> Personenalarm <input type="radio"/> Warme maaltijden <input type="radio"/> Thuisverpleging <input type="radio"/> Kinesitherapeut	Indien nodig: contacteer de sociale dienst
Hygiëne/je wassen	
<input type="radio"/> Geen hulp <input type="radio"/> Hulp voor boven- of onderlichaam <input type="radio"/> Hulp boven- en onderlichaam <input type="radio"/> Volledige hulp	
Voeding	
<input type="radio"/> Geen hulp <input type="radio"/> Hulp bij voorbereiding <input type="radio"/> Hulp bij eten of drinken <input type="radio"/> Volledige hulp	
<input type="radio"/> Sondevoeding: welke?, <input type="radio"/> PEG-sonde sinds/...../.....	
Bewustzijn	
<input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Gedesoriënteerd in: <input type="radio"/> Tijd <input type="radio"/> Ruimte <input type="radio"/> Personen	Hoog risico op Delier?
Reden desoriëntatie: <input type="radio"/> Dementie <input type="radio"/> Verwardheid <input type="radio"/> CVA <input type="radio"/> Parkinson	Fixatie nodig? Formulier invullen
Heeft u slaapproblemen?	
<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Zo ja: <input type="radio"/> Regelmatig onderbroken <input type="radio"/> Voortdurende onrust <input type="radio"/> 's Nachts rondlopen	

ANAMNESE**Persoonlijke en fysieke gegevens**

Je leeftijd:

Je gewicht (kg):

Je lengte (m):

Je bloedgroep:

Heb je suikerziekte? Ja Nee

Zo ja, ben je afhankelijk van insuline?

 Ja Nee**Kolom voor verpleegkundige ziekenhuis****Anesthesie** Algemene intubatie Algemene masker Sedatie Lokale Rachi Epidurale Plexus Topische**Premedicatie**Nuchter bij opname Ja Nee**Parameters**Bloedgroepkaart gezien? Ja Nee

Tijdstip parameters:

BD: Pols: Glycemie:

ANESTHESIE

Deze informatie is nodig om de verdoving, noodzakelijk voor de ingreep, goed te kunnen voorbereiden. Indien je wenst, kan je hierover een afspraak maken met een anesthesist. Indien je positief antwoordt op één van de **oranje** vragen, dien je een afspraak te maken via het secretariaat Anesthesie 011 71 54 71.

Werd je vroeger reeds geopereerd? Ja Nee

Zo ja, waarom, wanneer en in welk ziekenhuis?

*(Specifiek voor patiënten met een borstamputatie: meld links/rechts)***Heb je of een familielid ooit grote problemen gehad tijdens een verdoving?** Ja Nee Niet gekend**Waren er problemen met het plaatsen van de tube voor beademing?** Ja Nee Niet gekend**Heb je in het verleden problemen gehad met een bloedtransfusie?** Ja Nee Niet gekend**Waren er bij een vorige ingreep problemen van misselijkheid en/of braken?** Ja Nee**Ben je bekend met een hart- of bloedvatziekte?** Ja Nee

(Onregelmatige hartslag? Hartkloppingen? Hartkleplijden? Drukkend gevoel op de borst? Gezwollen voeten?

Kortademigheid bij inspanning?) Ja, welke?

Heb je een pacemaker of interne defibrillator?

 Ja Nee

Ervaar je problemen om 1 verdieping de trap te nemen? Ja, welke?

Heb je ooit flebitis gehad?

 Ja Nee

Jouw bloeddruk in normale omstandigheden is:

 Niet gekend

Indien je in behandeling bent bij een cardioloog, naam dr.:

Heb je last van ademhalingsstoornissen? Ja Nee

(Piepende ademhaling? Hooikoorts? Astma? Chronische bronchitis?) Zo ja, welke?

Neem je hiervoor aerosol of puffs? Noteer dit op het thuismedicatieformulier.

 Ja Nee

Maak je gebruik van zuurstoftherapie? Zo ja hoeveel? O2 L/min

 Ja Nee

Gebruik je een nasaal CPAP toestel? (toestel meebrengen bij opname aub)

 Ja Nee**Heb je een spijsverteringsprobleem of maaglast?** Ja Nee

Ja, welke?

Heb (of had) je last van maagzuur of maagzweren?

 Ja Nee**Had of heb je een aandoening van het bewegingsstelsel?** Ja Nee

Ja, welke?

Last van nekpijn? Ja, ook uitstraling naar de arm(en)?

 Ja Nee

Last van ruggpijn? Ja, ook uitstralingspijn naar het been/benen

 Ja Nee

Werd u ooit behandeld voor reuma of artritis?

 Ja Nee

Ja, wanneer?

Heb je lever-, galblaas-, alvleesklierproblemen? Ja Nee

Ja, welke?

Heb je een aandoening van de urinewegen of een nierziekte? Ja Nee

Zo ja, welke?

Ben je in behandeling (geweest) voor deze nierziekte?

 Ja Nee**Heb je een aandoening van het zenuwstelsel?** Ja Nee

(Epilepsie? Spierziekte? Verlamming? Tintelingen?) Welke? Sinds?

Indien je gekend bent met epilepsie, wanneer was je laatste aanval?

Heb je een neurostimulator?

 Ja Nee**Heb je problemen met de stolling van het bloed?** Ja Nee

(Stollingsziekte? Hemofilie? Bloedziekte? Gemakkelijk blauwe plekken of spontane neusbloedingen?)

Neem je hiervoor medicatie? Noteer dit op het thuismedicatieformulier.

Heb je een schildklierproblemen? Ja Nee

Ja, welke?

Heb je momenteel pijnklachten? Ja Nee

Ja, welke?

Heb je protheses? Ja Nee

Ja, welke?

Voor een vrouw, ben je zwanger? Ja Nee

Indien je medicatie neemt voor hierboven gedefinieerde ziekten, stoornissen of problemen, vul dan deze medicatie zeker aan op het thuismedicatieformulier aan de achterzijde.

GELIEVE DE INFOBROCHURE 'ANESTHESIE' GOED DOOR TE NEMEN EN HET 'TOESTEMMINGSFORMULIER = INFORMED CONSENT' ONDERTEKEND MEE TE BRENGEN OP DE DAG VAN DE OPNAME.

HANDTEKENING PATIENT / OUDER / VOOGD