

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Mogen er bij de patiënt, indien nodig, bij een voor de patiënt of medewerkers onveilige situatie, vrijheidsbeperkende maatregelen aangewend worden in de zetel, bed?

Naam:

Handtekening:

Zo Nee, ondergetekende:

Patiënt / zoon / dochter / partner, verklaart zich te verzetten tegen eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen en zal alle verantwoordelijkheid dragen bij eventuele gevolgen die kunnen optreden.

Handtekening:

Telefoonnummer bij problemen:

Uitzondering op algemene regel:

Bij wilsonbekwame patiënt. Ondergetekende wenst dat beide bedsponden omhoog gedaan worden zonder bijkomende maatregelen omdat dit thuis/in het rusthuis ook zo gebeurt zonder problemen of omdat het valrisico nu heel reëel is. Ik werd geïnformeerd over de voor- en nadelen van deze methode van vrijheidsbeperking en ontving een folder vrijheidsbeperkende maatregelen.

Naam:

Handtekening:

Omschrijf de gemaakte afspraken:

Datum	Omschrijving	Verantw. Fam.	Verpleegkundige
	Zetel: Bed:		
	Zetel: Bed:		
	Zetel: Bed:		

Ontvangen documenten

- Onthaalbrochure ziekenhuis
- Onthaalbrochure afdeling
- Informatiebrochure valpreventie
- Informatiebrochure decubitus
- Financiële folder
-
-

Datum:

Large vertical grey area for date entry.

ANAMNESE D- EN G-diensten

Datum invullen anamneseformulier:
 Ingevuld door: naam patiënt/familie: naam vpk:
 paraf patiënt: paraf vpk:

Reden van opname

.....

Bent u nuchter? ja nee
 Wordt u opgenomen wegens een val? ja nee
 Bent u de voorbije 6 maanden gevallen? ja nee

Vul hieronder uw persoonlijke gegevens in

Huisarts: Tel.nr. huisarts:
 Leeftijd:
 Taal: u spreekt Begrijpt u Nederlands? ja nee
 Welke levensbeschouwing heeft u?

Is er medische informatie nuttig om te weten bij deze opname? Medische voorgeschiedenis

.....

Fysieke gegevens

Uw gewicht (kg): Uw lengte (m):
 Uw bloedgroep :
 Heeft u een pacemaker? ja nee Hebt u een interne defibrillator? ja nee

Heeft u een allergie voor één van onderstaande stoffen? Geen allergie

voor medicatie en/of ontsmettingsstoffen (zie formulier thuismedicatie)
 voor voedingsstoffen? Zo ja, welke?
 voor latex of rubber voor nikkel/namaakjuwelen
 voor contraststof voor kleefpleisters

Wat was de allergische reactie die u had?

flauwvallen (lage bloeddruk) zwelling rond mond
 ademnood piepende ademhaling
 rode vlekken op de huid met zwelling en jeuk rode vlekken met jeuk
 andere: huidafwijkingen, koorts, ...

Wanneer trad deze reactie op?

zeer snel (binnen 1 uur) na 1 uur tot 3 dagen pas na 3 dagen - weken

Wie zijn uw contactpersonen tijdens uw opname?

Uw vertrouwenspersoon:

Naam: Verwantschap: Tel. nr.:

Uw wettelijk vertegenwoordiger:

Naam: Verwantschap: Tel. nr.:

Uw andere contactpersonen:

Naam: Verwantschap: Tel. nr.:

Hoe is uw thuissituatie?

U woont samen met: Alleen
 Is uw huisgenoot hulpbehoevend? ja nee
 Woont u in een woonzorgcentrum/instelling: ja nee
 Zo ja: naam van het woonzorgcentrum
 Moet u trappen doen in uw woning? ja nee

Welke ondersteuning heeft u reeds?

Dag-/nacht opvang Poetshulp Gezins hulp Personenalarm
 Warme maaltijden Kinesist Thuisverpleegkundige
 Ondersteuning door de omgeving (mantelzorg)

Kolom voor arts/ verpleegkundige

Diagnose:

Opname via: Spoed
 Geplande opname
 Datum overname andere afdeling:
 / /

Is er een risico op vallen?
 ja → start actieplan

≥ 75 jaar: GRP invullen en
 MRSA-screening

Bloedgroepkaart gezien?
 ja nee

formulier thuismedicatie
 overlopen

Indien één van de oranje
 items werd aangekruist en de
 reactie binnen 1 uur optrad, is er
 anafylactie geweest

zie onthaalbrochure
 opnamedienst

familie aanwezig bij opname

Indien ja bij oranje items, contacteer
 de sociale dienst

WZC/instelling: MRSA-screening

Indien 2 items aangeduid, sociale
 dienst contacteren

Heeft u in het afgelopen jaar een infectie doorgemaakt? ● ja ● nee

- Eén van de mogelijke ziekenhuisbacteriën (MRSA, CPE, VRE, ESBL, ...)? ja nee
 Andere infectie:
- Verbleef u het afgelopen jaar gedurende minstens 48u in dit of een ander ziekenhuis? ja nee
 Komt u regelmatig in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening of behandeling? ja nee
 Bent u een gezondheidsmedewerker? ja nee
 Bent u beroepsmatig een veehouder, specifiek varkenshouder? ja nee

- Verbleef u het afgelopen jaar in een buitenlands ziekenhuis? ja nee
 Woont u in het buitenland of bent u sinds dit jaar in België komen wonen? ja nee

Een beschrijving van uw voedingstoestand

- Heeft u suikerziekte? ja nee
 Volgt u een dieet? ja nee
 zoutarm vetarm glutenvrij diabetes dieet lactosevrij ander:
- Draagt u een gebit? nee boven onder
- Heeft u losstaande tanden? ja nee
 Heeft u implantaten? ja nee
 Heeft u last bij het slikken? ja nee
 Zo ja, gebruikt u ingedikte drank? ja nee
 gebruikt u aangepaste voeding? ja nee
 gemalen vlees gemixte voeding
- S } Heeft u de voorbije periode ongewenst gewicht verloren? ja nee
 N } Had u de voorbije maand een verminderde eetlust? ja nee
 A } Is uw BMI lager dan 20? BMI = gewicht (kg) : lengte x lengte (m) ja nee
 Q } Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt? ja nee

Beschrijving van uw algemene toestand

Hygiëne/zich wassen

- Geen hulp Hulp voor bovenlichaam **of** onderlichaam
 Hulp boven- **en** onderlichaam Volledige hulp

Mobiliteit/stappen/verplaatsen

- Geen hulp Zelfstandig mits hulpmiddelen
 Mijn hulpmiddelen zijn:
- Gebruik: Binnenshuis Buitenshuis
 Volledige hulp bij minstens één transfer (bv: van bed naar zetel)
 Volledige hulp of bedlegerig

Uitscheiding/toiletbezoek

- Geen hulp Hulp voor: Verplaatsen Kleden Reinigen

Voor urine

- Draagt u incontinentiemateriaal? neen overdag 's nachts altijd
 Heeft u een blaassonde? Sinds/...../..... Heeft u een urostoma? Sinds/...../.....
 Heeft u een suprapubische sonde? Sinds/...../.....
 Heeft u een condoomkatheter? ja nee

Voor stoelgang

- Draagt u incontinentiemateriaal? nee overdag 's nachts altijd
 Heeft u een colostoma? Sinds/...../..... Heeft u een ileostoma? Sinds/...../.....

Voeding

- Geen hulp Hulp vooraf Hulp bij eten of drinken Volledige hulp
 Sondevoeding: welke: PEG-sonde sinds/...../.....

- Gehoor ● goed ● slecht ● gehoorapparaat rechts links
 Zicht ● goed ● slecht ● bril ● lenzen

Bent u afhankelijk van één van onderstaande producten?

- Tabak Zo ja: wenst u hulp bij het stoppen?
 Alcohol Hoeveel?
- Andere (drugs, medicatie, ...)

Heeft u roodheid ter hoogte van drukpunten, doorligwondes of andere wondes? ● ja ● nee

- Waar?
- Beschrijving:
- Behandeling:

screening op speed?

Indien ja op een van deze items: screening op MRSA en eventueel gekende kiem, met roze wisser en standaard voorzorgsmaatregelen nemen

Indien ja : screening op CPE en MRSA. Onmiddellijk isoleren tot resultaat gekend.

Indien ja, diëtiste contacteren

gebit bij boven onder

Indien ja, logopediste contacteren

Indien minstens 1x ja, contacteer de diëtiste bij opname via dietisten@sfz.be
 Indien minstens 2 x 'ja: start decubituspreventie.

Indien hulp: start decubituspreventie

Indien hulpmiddel: sociale dienst contacteren

hulpmiddel meegebracht

Indien ja, zie decubituspreventie-richtlijn

Indien ja, zie decubituspreventie-richtlijn

Indien ja, zie decubituspreve

Gehoorapparaat meegebracht
 Li Re
 Bril/lenzen in ziekenhuis

Indien ja: contacteer rookstopbegeleiding

Indien ja, zie decubituspreventie-richtlijn

Nortonschaal invullen

Inschatting Hoog Risico Delier (HRDelier)

Mentale anamnese

- Bewust zijn thuis: alert moeilijk verbaal contact slapering moeilijk wakker comateus
- Oriëntatie thuis: goed georiënteerd gedesoriënteerd in:
- Tijd soms dagelijks altijd
- Plaats soms dagelijks altijd
- Persoon soms dagelijks altijd
- Hoe lang doen zich deze symptomen al voor: dagen weken maanden langer
- Gedrag thuis: normaal niet storend licht storend
- verzet tegen zorg wegloopgedrag
- verbaal agressief fysiek agressief
- Hoe lang doen zich deze symptomen al voor: dagen weken maanden langer

Andere:

- Slaapgewoonten: slaapt goed slecht - slaapduur: uren/nacht slaap geregeld onderbroken
- omkering dag- nachtritme voortdurend onrustig loopt geregeld rond
- Medicatie gebruik: slaapmedicatie: nooit af en toe regelmatig dagelijks hoeveel?
- sedativa: nooit af en toe regelmatig dagelijks hoeveel? > 2 co/d
- Alcoholgebruik: nooit af en toe regelmatig hoeveel?

Bijkomende recente risico's

Geen bijkomende recente risico's

- Recente CVA
- Palliatieve behandeling
- VAS pijnscore (8-9-10) VAS-score: /10
- Recente heupfractuur
- Chronische urologische aandoeningen (retentie, VS, UWI)

Medische voorgeschiedenis

Geen relevante voorgeschiedenis

- Dementie
- Delier
- Parkinson
- Andere:

EVALUATIE RISICO DELIER: ITEMS IN HET ORANJE = HOOG RISICO

Heeft deze patiënt een verhoogd risico op delier? ja nee

Bij hoog risico op delier (ITEMS IN HET ORANJE GEDRUKT): vul DOS schaal in

DOS-SCHAAL		Nacht			Ochtend			Late		
		nooit	soms altijd	weet niet	nooit	soms altijd	weet niet	nooit	soms altijd	weet niet
1	Zakt weg (inslaap dommelen) tijdens gesprek of bezigheden	0	1	0	0	1	0	0	1	0
2	Is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	0	0	1	0	0	1	0
3	Heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	0	1	0	0	1	0	0
4	Maakt vraag of antwoord niet af	0	1	0	0	1	0	0	1	0
5	Geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	0	0	1	0	0	1	0
6	Reageert traag op opdrachten	0	1	0	0	1	0	0	1	0
7	Denkt ergens anders te zijn	0	1	0	0	1	0	0	1	0
8	Beseft wel welk dagdeel het is	1	0	0	1	0	0	1	0	0
9	Herinnert zich recente gebeurtenissen	1	0	0	1	0	0	1	0	0
10	Is plukkerig (frommelen lakens, kleding, ...) rommelig, rusteloos	0	1	0	0	1	0	0	1	0
11	Trekt aan infuus, sonden, catheters	0	1	0	0	1	0	0	1	0
12	Is gemakkelijk of plots geëmotioneerd	0	1	0	0	1	0	0	1	0
13	Ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Totaal score per shift										
Eindscore = totaal dagscore: 3										