



Gelieve dit
thuismedicatieformulier
volledig ingevuld mee
te brengen

BEVRAGING THUISMEDICATIE

(in te vullen door patiënt of begeleider)

NAAM:
VOORNAAM:
GEBORTE DATUM:
DATUM:

Namen en telefoonnummers

Thuisapotheek: Tel.:
 Wie houdt zich thuis bezig met de medicatie?
 ikzelf andere: Tel.:
↳ Gelieve aan te vinken welke personen we mogen contacteren indien nodig

Bent u allergisch aan medicatie/contraststoffen/voeding/kleurstoffen/... ?

ja nee

Waarvoor bent u allergisch? Beschrijf de reactie:
•
•
•

Ondervindt u ernstige nevenwerkingen door medicatie?

ja nee

Waarvoor bent u allergisch? Beschrijf de reactie:
•
•

Gelieve elke keer u 'JA' antwoordt,
de tabel op de achterkant in te vullen

Gebruikt u momenteel geneesmiddelen in de vorm van ...

ja nee

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • tabletten en/of capsules? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • neusspray? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • spuiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • inhalator, puffer of aerosol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • pleisters? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • crème, gel of zalf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • oplossing of siroop? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • suppo/zetpil (rectale weg) of ovule (vaginale weg)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • druppels? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • bereiding (gemaakt door de thuisapotheeker)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • een staal verkregen via uw arts? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gebruikt u momenteel geneesmiddelen ...

ja nee

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • voor het ZENUWSTELSEL (slaap, angst, depressie, epilepsie, Alzheimer, Parkinson,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de SPIJSVERTERING (maagzuur, misselijkheid, braken, constipatie, diarree,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de ADEMHALING : neus, mond, keel, longen (astma, bronchitis, hoest,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor het HART (hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, hartfalen,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • om het BLOED TE VERDUNNEN (Marcoumar®, Fraxiparine®, Clexane®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen PIJN EN/OF KOORTS (Dafalgan®, Aspirine®, ibuprofen, Contramal®, codeïne, morfine,...) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen DIABETES ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen CHOLESTEROL ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de BOTTEN, SPIEREN of GEWRICHTEN (reuma, osteoporose, artritis, jicht,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • op basis van HORMONEN (anticonceptie, schildklier, menopauze,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • op basis van CORTISONE (Medrol®,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de HUID (psoriasis, acne, eczeem, herpes, zona,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de BLAAS of de GESLACHTSORGANEN (incontinentie, impotentie, prostaat,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor de OGEN of de OREN ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen ALLERGIE ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen KANKER ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • tegen de AFSTOTING van organen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • voor een TEKORT (vitaminen, mineralen, voedingssupplement,...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Volledige lijst van mijn huidige behandeling

Naam verpleegkundige SFZ die dit formulier met de patiënt en/of familie heeft overlopen:

 Geen medicatie

| GENEESMIDDELEN | | Bron informatie: (voorbehouden voor sfz) | | <input type="radio"/> Mondeling wie? <input type="radio"/> Meegebrachte medicatie wat? <input type="radio"/> Schriftelijk | | | | | Voorbehouden voor arts SFZ (*) | | | | |
|-------------------|--------------------------------|--|---------|---|----------|-------|-------------|--------------|---|---------------|------------------|----------------|---------------|
| Naam geneesmiddel | Vorm (bv tablet, ampul, suppo) | Dosis (bv aantal mg) | Ochtend | Middag | Namiddag | Avond | Voor slapen | Om uur | Opmerkingen (bv. enkel indien nodig innemen, nuchter innemen, schema, samenstelling/bereiding, ...) | Verder zetten | Overleg met arts | Medicatie stop | Post-op geven |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

(*) Alle thuismedicatie verderzetten:

Als u niet voldoende plaats heeft, aarzel niet om een tweede blad te vragen.

Heeft u recent (< 2 weken) antibiotica gebruikt? ja, nee

Zijn er de afgelopen maand dingen veranderd in uw behandeling? ja nee

Zo ja, welke en waarom? (bv. geneesmiddel toegevoegd of gestopt, dosiswijziging, ongewenst effect, ...)

.....

.....

.....

.....

GELIEVE DIT SCHEMA SAMEN MET AL UW MEDICATIE IN DE OORSPRONKELIJKE VERPAKKING MEE TE BRENGEN BIJ OPNAME.

Indien u reeds een medicatieschema heeft, gelieve een kopie ervan bij dit document te voegen.

| | | |
|---|---|---|
| Voorbehouden voor de arts in het ziekenhuis | Medisch order (*) Opmerkingen: | Datum: |
| | (*) : Gelieve aan te duiden wat van toepassing is en hiernaast te bevestigen met handtekening + RIZIV-nr. | Handtekening + RIZIV-nr. arts: |