

VUL DIT THUISMEDICATIE FORMULIER IN!

Vraag zo nodig hulp aan je huisapotheker, huisarts of begeleider.

NAAM:

VOORNAAM:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

Breng dit **thuismedicatieformulier INGEVULD** mee naar het ziekenhuis om te **VERMIJDEN** dat de geplande ingreep of preoperatieve raadpleging **NIET** zou kunnen doorgaan!

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
Bloedverduuners	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

Allergisch aan:

-
-
-

Beschrijf de reactie:

-
-
-

STEEL DIT FORMULIER SAMEN MET JE MEDICATIE IN ZIJN OORSPRONKELIJKE VERPAKKING IN BIJGEVOEGDE ZAK EN BRENG DEZE MEE NAAR HET ZIEKENHUIS!