



ZAS
ZAS Erasmus
Luitenant Lippenslaan 55
2140 Borgerhout
tel.: 03 270 80 33
fax: 03 270 80 12
zna.er.ve-pz@zas.be

ZAS Sint-Jozef
Molenstraat 19
2640 Mortsel
tel.: 03 444 13 80
fax: 03 444 13 79
gza.socialedienst.palliatieve@zas.be

ZAS vzw • Kempenstraat 100, 2030 Antwerpen • BE 0862.382.656 • RPR Antwerpen
Erkenningsnummer 7/10009/31/000: ZAS Cadix, ZAS Elisabeth, ZAS Erasmus, ZAS Hoge Beuken, ZAS Joostens, ZAS Middelheim, ZAS Palfijn,
ZAS Paola, ZAS UKJA Erkenningsnummer 7/10099/38/000: ZAS Augustinus, ZAS Sint-Jozef, ZAS Vincentius Erkenningsnummer 7/20998/03/000:
ZAS PZ Stuivenberg Erkenningsnummer 7/25047/28/000: ZAS PVT Antwerpen **Zijn ook deel van ZAS:** ZAS Medisch Centrum Kaai 142, ZAS Polikliniek
Hof ter Schelde, ZAS Polikliniek Regatta, ZAS Plantin, ZAS Magazijn Luchtbal, ZAS Magazijn Terbeke

Aanvraagformulier voor opname palliatieve eenheid

Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en terug te bezorgen via post /fax of e-mail naar het ziekenhuis van je keuze:

1. Administratieve gegevens

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Datum van aanvraag: | Aard van de opname: | <input type="checkbox"/> Tijdelijk | <input type="checkbox"/> Permanent |
| Naam/voornaam patiënt: | Geslacht: | <input type="checkbox"/> Man | <input type="checkbox"/> Vrouw |
| Geboortedatum: | | | |
| Adres: | | | |
| Telefoon: | | | |
| Huidige verblijfplaats: | <input type="checkbox"/> Thuis | <input type="checkbox"/> RVT: | |
| | <input type="checkbox"/> Ziekenhuis: | Dienst | Sinds |
| huisarts | Naam | GSM: | |
| | Adres | Telefoon: | |
| Specialist | Naam | Telefoon: | |
| | Adres | Ziekenhuis: | |

Sociale gegevens

Woonsituatie

Alleenwonend Inwonend bij: Bij partner WZC Kortverblijf

Administratieve gegevens aanvrager

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|---|------------------------------|---------------------------------|
| Hoedanigheid: | <input type="checkbox"/> Patiënt | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Specialist | <input type="checkbox"/> Sociale dienst | <input type="checkbox"/> PST | <input type="checkbox"/> Andere |
| Aanvrager: | Naam | GSM: | | | | | |
| | Adres | Telefoon: | | | | | |
| Te contacteren personen: | | | | | | | |
| Naam: | | Telefoon: | | | | | |
| Naam: | | Telefoon: | | | | | |
| Was er contact met een palliatieve ondersteuningsequipe? | | | | | | | |
| Palliatief Support Team | Naam verantwoordelijke: | | | | | | |
| Thuiszorgequiepe | Naam verantwoordelijke: | | | | | | |
| Is er een aanvraag tot opname gebeurd in een andere residentiële eenheid voor palliatieve zorg? | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZAS Erasmus | <input type="checkbox"/> ZAS Sint-Jozef | <input type="checkbox"/> Coda-Hospice | <input type="checkbox"/> De Mick | <input type="checkbox"/> Palliatieve eenheid Beveren | | | |

2. Medische gegevens (verplicht in te vullen door een arts)

Naam/voornaam patiënt:

Hoofddiagnose:

Datum vaststelling:

Metastasen

Bot

Lever

Hersenen

Long/pleura

Peritoneaal

Lokale verspreiding

Behandelingen (beknopt):

Nevendiagnosen (beknopt):

Actuele problemen die een opname in een Centrum voor Palliatieve Zorg noodzakelijk maken:

Fysisch:

Psychisch:

Sociaal:

Spiritueel:

Levensverwachting

Minder dan 3 dagen

3 tot 30 dagen

1 tot 3 maanden

Meer dan 3 maanden

Progressie van de ziekte

Traag

Snel

Waarheidsmededeling

Is de patiënt op de hoogte van zijn/haar diagnose?

Ja

Neen

Is de familie op de hoogte van de diagnose/prognose?

Ja

Neen

Is de patiënt op de hoogte van opname op een palliatieve eenheid

Ja

Neen

De patiënt wenst zelf de opname op de palliatieve eenheid ?

Ja

Neen

Is er een vraag naar actieve levensbeëindiging bij de patiënt?

Ja, de vraag is actief en levendig aanwezig

Ja, de vraag is eerder latent aanwezig

Neen

Heeft de patiënt een wilsverklaring?

Ja, datum:

Neen

Heeft de patiënt een geschreven euthanasie verzoek

Ja, datum:

Neen

Is het euthanasieverzoek reeds besproken met:

De huisarts:

Ja, naam arts:

Neen

De behandelende arts:

Ja, naam arts:

Neen

De arts v/d palliatieve eenheid:

Ja, naam arts:

Neen

Toegewezen behandelende arts in ZAS Erasmus:

dr. Anneke Lefebure

tel.: 03 270 89 73

Toegewezen behandelende arts in ZAS Sint-Jozef:

dr. Peter Demeulenaere

tel.: 03 444 13 82

Voeg, indien mogelijk, het laatste specialistische verslag toe aan dit opnameformulier.

Stempel arts + handtekening

Datum:

3. Verpleegkundige gegevens

Hygiëne

Geen hulp Hulp aan de lavabo Bedbad

Mobiliteit

Geen hulp Ondersteunende hulp Bedrust

Uitscheiding

Geen hulp Ondersteunende hulp Blaassonde Pampers Stoma

Voeding

Geen hulp Voorbereidende hulp Eten en/of drinken geven Sondevoeding Parenterale voeding

Contact

Normaal Verstoorde: agressief Gehoorgestoord Geen contact mogelijk

Psychische toestand

Normaal Verward Dwaalgedrag Roepgedrag

Overige zorg

Tracheaanule Decubitus

Wondzorg: Andere:

Kolonisatie met multiresistente kiemen

Ja Neen

Zijn er nog andere bijzondere aandachtspunten?

Is er een belemmering om de eerste beoordeling uit te voeren bij de patiënt(e)?

Neen Ja, specificering in onderstaande rubrieken
 De eerste beoordeling werd uitgevoerd met hulp van significante naaste

Is er een belemmering om voorlichting/educatie te begrijpen?

Neen, geen belemmering

Ja, bij patiënt(e) Taal Frans Engels Gebarentaal

Ja, bij significante naaste Taal Frans Engels Gebarentaal

Leesvaardigheid Intellectuele beperking

Schrijfvaardigheid Verdere aandachtspunten i.v.m zorgbehoeften

Onderwijs Geen Enkel lager

Valrisico Risico indien totaalscore > 2

Reden van opname is vallen Neen=0 Ja=1

Patiënt is afgelopen 6 maanden gevallen Neen=0 Ja=1

Er is valrisico o.b.v. klinisch oordeel* Neen=0 Ja=1

Totaal valrisico:

*Zie Medicatie Sedativa Diuretica

Analgetica Hypotensiva

Zorgbehoefte ADL Psyche Prothesen Ondervoeding

Allergie Neen Ja*, specificeer hieronder *behandelend arts verwittigd

Contraststof: Welke?

Medicatie: Welke?

Kleefpleister: Welke?

Ontsmettingsmiddel jodium

Andere:

Pijnbeoordeling (zie parameterblad)

Pijn: Neen Ja

Naam + handtekening verpleegkundige

Telefoon: