Afbeelding met symbool, Graphics, logo, Lettertype

Automatisch gegenereerde beschrijving

**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 uw keuze:**

ZAS Erasmus

Luitenant Lippenslaan 55

2140 Borgerhout

tel.: 03 270 80 33

fax: 03 270 80 12

e-mail: [zna.er.ve-pz@zas.be](mailto:zna.er.ve-pz@zas.be)

ZAS Sint-Jozef

Molenstraat 19

2640 Mortsel

Tel : 03 444 13 80

Fax : 03 444 13 79

e-mail : [gza.socialedienst.palliatieve@zas.be](mailto:gza.socialedienst.palliatieve@zas.be)

**1. Administratieve gegevens**

Datum van aanvraag:………………….. Aard van de opname: □ tijdelijk □ permanent

**Naam / voornaam patiënt**: ……………………………………….. Geslacht: M / V

Geboortedatum: ………………

Adres: ……………………………………………........................ Telefoon: ………………….

Huidige verblijfplaats: □ thuis □ RVT: naam: ………………………………………………….

□ ziekenhuis: …………………… dienst ………………… sinds ......................

Naam huisarts: ……………………………………………. GSM: ……………………...

Adres huisarts: …………………………………………….. Telefoon: ………………….

Naam specialist: …………………………………………... Telefoon: ………………….

Adres specialist: …………………………………………… Ziekenhuis: ………………

**Sociale gegevens**

Woonsituatie

□ alleenwonend □ inwonend bij: ………………….

□ bij partner □ WZC

□ kortverblijf

**Administratieve gegevens aanvrager**

Hoedanigheid: □ patiënt □ familie □ huisarts □ specialist □ sociale dienst □ PST □ andere

Naam aanvrager: ………………………………………………………

Adres aanvrager: …………………………………………………….. Telefoon: …………………….

Te contacteren personen :

Naam: ……………………………………………………………….. Telefoon: …………………….

Naam: ……………………………………………………………….. Telefoon: …………………….

Was er contact met een palliatieve ondersteuningsequipe?

□ Palliatief Support Team Naam verantwoordelijke: ………………………………………………….

□ Thuiszorgequipe Naam verantwoordelijke: ………………………………………………….

Is er een aanvraag tot opname gebeurd in een andere residentiële eenheid voor palliatieve zorg ?

□ ZAS Erasmus □ ZAS Sint-Jozef □ Coda-Hospice □ De Mick □ 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 □ nee

Is de familie op de hoogte van de diagnose / prognose ? □ ja □ nee

Is de patiënt op de hoogte van opname op een palliatieve eenheid □ ja □ nee

De patiënt wenst zelf de opname op de palliatieve eenheid ? □ ja □ nee

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

□ Nee

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. Isabel Dero: tel.: 03 444 13 80

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

Stempel arts + handtekening Datum: ………………………

**3. Verpleegkundige gegevens**

Hygiëne Mobiliteit

geen hulp  geen hulp

hulp aan de lavabo  ondersteunende hulp

bedbad   bedrust

Uitscheiding Voeding

geen hulp  geen hulp

ondersteunende hulp  voorbereidende hulp

blaassonde  eten en/of drinken geven

pamper  sondevoeding

stoma  parenterale voeding

Contact Psychische toestand

normaal   normaal

verstoord: agressief  verward

gehoorgestoord   dwaalgedrag

geen contact mogelijk  roepgedrag

Overige zorg Kolonisatie met multiresistente kiemen

tracheacanule   ja

decubitus   nee

wondzorg :

andere :

Zijn er nog andere bijzondere aandachtspunten?……………………………………………………………………………….

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

Nee  Ja, specifiëring in onderstaande rubrieken

De eerste beoordeling wed uitgevoerd met hulp van significante naaste

Is er een belemmering om voorlichting / educatie te begrijpen?

Nee, geen belemmering

Ja, bij patiënt(e)  Ja, bij significante naaste

Taal  Frans  Taal  Frans

Engels  Engels

Gebarentaal  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  Nee=0  Ja=1

Patiënt is afgelopen 6 md. Gevallen  Nee=0  Ja=1

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

Totaal valrisico :

\*Zie  Medicatie  Sedativa  Diuretica

Analgetica  Hypotensiva

Zorgbehoefte ADL

Psyche

Prothesen

Ondervoeding

Allergie

Nee

Ja\*, specifieer hieronder \*behandelend arts verwittigd

Contraststof : Welke?

Medicatie : Welke?

Kleefpleister : Welke?

Ontsmettingsmiddel jodium

Pijnbeoordeling (zie parameterblad)

Pijn :        Nee  Ja

Naam + handtekening verpleegkundige:       Telefoon