

**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

ZAS Sint-Jozef

Molenstraat 19

2640 Mortsel

Tel : 03 444 13 80

Fax : 03 444 13 79

e-mail : 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