AZ JAN PORTAELS

Naam _____

Geboortedatum ___ / ___ / _____

Patiëntenvignet

# FORMULIER 5 VERPLEEGKUNDIG ANAMNESEFORMULIER

**Deze vragenlijst werd zorgvuldig ingevuld:**
□ met hulp van uw huisarts □ met hulp van familie
□ zelfstandig □ ander: . . .

**Datum: ....**
**Uw handtekening:**

*Beste mevrouw, mijnheer, deze vragenlijst werd opgesteld om uw gezondheidstoestand beter te kennen voor het moment van uw ziekenhuisopname. Zo kunnen we u een optimale behandeling en zorg helpen garanderen. Deze informatie wordt, net als alle andere informatie over u als patiënt, vertrouwelijk behandeld. Wees zo volledig en eerlijk mogelijk bij het invullen ervan.*

Waarom wordt u opgenomen:

Uw thuissituatie | Ik woon/heb: □ thuis, alleen □ thuis, samen met: . . .
Mantelzorg: □ ja, wie: ... □ neen

□ woonzorgcentrum □ serviceflat □ psychiatrische instelling □ andere
Naam + afdeling + telefoonnummer indien 1 van bovenstaande van toepassing:

Welke taal spreekt u thuis: □ Nederlands □ Frans □ Ander: ...
Zo ander: begrijpt u: □ Nederlands □ Frans □ Engels

Indien we tijdens uw ziekenhuisverblijf iemand moeten contacteren, wie + telefoonnummer:
□ Naam + verwantschap: Telefoonnummer:

□ Naam + verwantschap: Telefoonnummer:

Geeft u toestemming resultaten te bespreken met een familielid of mantelzorger?
□ ja: wie: . . . □ neen

Heeft u een negatieve wilsverklaring: □ ja □ neen □ graag bijkomende informatie

Algemene vragen
**DIEET:** □ diabetes □ vetarm □ zoutarm □ ander: ...
Bent u zwanger? □ ja □ neen □ niet van toepassing
**Bent u ALLERGISCH?** □ ja: wat: . . . □ neen

Medische voorgeschiedenis (bv: diabetes) / vroegere opnames? □ ja, reden: □ neen

Uitscheiding: □ zelfstandig □ met hulp
□ continent □ incontinent: □ Urine □ Stoelgang
□ 's nachts □ dag en nacht □ accidenteel
□ suprapubische of blaassonde (vanaf . . . / . . . / . . . . ) □ (uro)stoma
□ incontinentiemateriaal:

Informatie aan de patiënt
Heeft u de algemene onthaalbrochure ontvangen op spoedgevallen? □ ja □ neen

**Kolom voorbehouden voor de (spoed)verpleegkundige**

Diagnose/ingreep
□ paramedisch verslag Spoedgevallen of andere bijgevoegd

Mantelzorger: risico op overbelasting navragen + eventueel sociaal werker verwittigen

Wie 's nachts contacteren? (markeer of kruis aan)

□ Zwanger
□ **Allergie** overloper

□ Orthopedische prothese
□ Geïmplanteerde katheter
□ Zuurstof afhankelijk/COPD
□ Hartpatiënt
□ Diabetes
□ Verwardheid, dementie

Onthaalbrochure gegeven □

**Voorbehouden voor de (spoed)verpleegkundige, als patiënt gaat u verder op de achterzijde**

Ziekenhuisbacterie / Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO): uit te voeren screening (+ aankruisen indien uitgevoerd)
Woont in WZC, RVT: □ MRSA Afkomst uit ander ziekenhuis of revalidatiecentrum: □ MRSA □ CPE □ VRE
Veehouder: □ MRSA
Gekende BRMO-drager: □ MRSA □ CPE □ VRE □ P. aeroginosa □ A. baumannii

Naam verpleegkundige + Afdeling + Datum:

Bestaande hulp in huis Naam huisarts: ...

AZ JAN PORTAELS

Komt er thuisverpleging? □ ja □ neen
Komt er gezinsbejaardenhulp? □ ja □ neen
Heeft u poetshulp? □ ja □ neen
Worden er maaltijden aan huis geleverd? □ ja □ neen
Heeft u een personenalarmsysteem? □ ja □ neen

**Ontslagcriteria**

Ik denk, eens terug thuis, hulp nodig te hebben om te kunnen functioneren: □ ja □ neen
Indien ja, dient er thuiszorg opgestart te worden? □ ja □ neen
Ik overweeg na mijn hospitalisatie een: □ revalidatiecentrum: □ intern □ extern
□ woonzorgcentrum/serviceflat □ hersteloord
Ik voorzie problemen bij mijn ontslag: □ ja, welke: ... □ neen
Is er een vertegenwoordiger/bewindvoerder aangeduid? □ Ja □ neen □ meer informatie

**Uw lichamelijke toestand vóór uw ziekenhuisopname:** Gewicht: ... kg; Lengte: ... cm

Hygiëne: □ zelfstandig □ met hulp: lavabo/bad □ bedbad
Kleding: □ zelfstandig □ met hulp
Mobiliteit: □ zelfstandig □ met hulp (stok, rollator, rolstoel) □ bedlegerig
Gehoor: □ normaal □ hardhorig □ doof: □ L □ R gehoorapparaat mee: □ ja □ neen
Zicht: □ normaal □ slechtziend □ blind: □ L □ R bril/lenzen mee: □ ja □ neen
Heeft u een doorligwonde of een andere wonde? □ ja □ neen

**Voeding**

**Heeft u last bij het slikken?** □ ja, in welke mate? ... □ neen

**Kunt u minder goed voedsel innemen de laatste week?** □ ja, reden: ... □ neen

**Gewichtsverlies laatste 3 maand?** □ ja, ± ... kg □ neen
Eten: □ zelfstandig □ voorbereidende hulp: □ snijden □ smeren □ drank uitschenken
□ gedeeltelijke hulp: □ eten □ drinken □ volledige hulp
Tandprothese: □ ja, meegebracht? □ ja □ neen □ neen, ik heb geen tandprothese
Thuismedicatie: □ inname alleen □ onder toezicht □ weigert medicatie

**Geriatrisch risicoprofiel: indien > 75 jaar**

| | | |
|---|---|---|
| Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (o.a. geheugenproblemen) | □ ja = 2 | □ neen = 0 |
| Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonenden | □ ja = 1 | □ neen = 0 |
| Moeilijkheden bij transfers/stappen (gebruik van hulpmiddelen) of gevallen in de afgelopen 6 maanden | □ ja = 1 | □ neen = 0 |
| Hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden | □ ja = 1 | □ neen = 0 |
| Gebruik van meer dan 5 geneesmiddelen | □ ja = 1 | □ neen = 0 |

**Informatie aan de patiënt**

Wenst u het formulier 'levensbeschouwelijk aanbod' in te vullen? □ ja □ neen

**Kolom voorbehouden voor verpleegkundige**

□ Sociaal werker verwittigen
□ **Kopie genomen**

Zo ja, formulier invoegen + vragen wie

Soort hulpmiddel (stok, rollator of rolstoel) omcirkelen
Aard:
Locatie:

□ (Mal)nutritie
(indien 1 van de **'vette'** items aangeduid, kruis dan malnutritie aan)
□ Diëtiste gecontacteerd

Totaalscore: .... / 6

Zo ja: Formulier geven

**In te vullen door verpleegkundige**

| | | |
|---|---|---|
| Heeft patiënt bij opname de algemene onthaalbrochure ontvangen? | □ ja | □ neen |
| Afdelingsbrochure overhandigd | □ ja | □ neen |
| Heeft patiënt tevredenheidsenquête ontvangen | □ ja | □ neen |

**Naam verpleegkundige:**

□ Vragenlijst werd volledig overlopen met patiënt

Afdeling:

Datum: