

Aanvraag tot opname SP-locomotorisch - graag bezorgen aan SPL.bornem@azr.be

Administratieve gegevens

Naam:
Voornaam:
 M V
Geboortedatum:
Adres:
Tel:

Contactpersonen

Naam:
Relatie tot patiënt: Tel:

Naam:
Relatie tot patiënt: Tel:

Naam:
Relatie tot patiënt: Tel:

Mutualiteit

Benaming:
Aansluitingsnr: CG 1/CG 2:/.....

Verwijzend ziekenhuis:
Verwijzend arts: Tel:
Opnamedatum: Voorziene ontslagdatum:
Huisarts: Tel:

Te contacteren personen i.v.m. beslissing opname SP:

Naam: Tel:

Kamerkeuze: tweepersoonskamer (opleg 14 EUR/dag)
 éénpersoonskamer (opleg 27 EUR/dag)
 vierpersoonskamer

Naam patiënt:

Medische gegevens

Revalidatie-indicaties:

.....
.....
.....

Antecedenten (voornamelijk met weerslag op zelfredzaamheid):

.....
.....
.....

Huidige ziekteproblemen:

.....
.....

Ingreep: datum: / /

Aanwezige nosocomiale infecties:

.....

Prognose:

.....

Welke verwachtingen hebben de patiënt en familie? Wat werd hen medegedeeld?

.....
.....

DNR beleid: is patiënt DNR? neen

ja

code:

Wat werd besproken met wie?

.....
.....

Naam patiënt:

Huidige behandeling

- medicatie schema toevoegen
 attesten voor aanvragen goedkeuring van Af/Bf medicatie:

 attest ja neen aangevraagd sinds
- dieet
- wondzorg locatie verslag
 p. invullen
- kine en/of fysio verslag p. invullen
- ergotherapie verslag p. Invullen
- logopedie verslag p. Invullen

Andere aandachtspunten of aanvullende opmerkingen:

.....
.....
.....

Zo mogelijk de aanvraag vervolledigen met kopieën van bloeduitslagen, bacteriologie en medische beeldvorming aub!

Datum + handtekening / stempel

Naam patiënt:

Verpleegkundige gegevens

Hulp nodig bij:

	geheel	gedeeltelijk	geen
wassen			
kleden			
eten			
toilet			

Mobiliteit: bedlegerig ja fixatie ja
 neen neen

Incontinentie:

urine neen ja overdag 's nachts
 stoelgang neen ja
 gebruikt incontinentiemateriaal:

Decubituswonden: neen ja locatie:
 graad:

MRSA-screening: negatief positief datum

locatie: neus / /

keel / /

wonde / /

oksel / /

lies / /

IV-therapie:

Voeding: oraal nasogastrisch peg-sonde tpn

Dieet:

O2-therapie: neen ja, wijze:

psychische toestand: normaal verwardheid: 's nachts overdag
 storend gedrag:
 geen contactmogelijkheden

Andere aandachtspunten:

.....

.....

.....

.....

Sociale gegevens

Gezinssamenstelling

- gehuwd met:
- samenwonend met:
- inwonend bij:
- alleenstaand
- gescheiden
- weduwe(naar)
- kinderen

Woonsituatie voor opname in verwijzend ziekenhuis:

- woning met trappen
- appartement zonder trappen
- instelling lift aanwezig
- rusthuis
- serviceflat
-

Aanwezige thuiszorg voor opname in verwijzend ziekenhuis:

- mantelzorg wie?
- thuisverpleging taken?
- poetshulp wie?
- gezins- en bejaardenhulp frequentie?
- maaltijden wie?
- boodschappen wie?
- kinesithérapie wie?

Aanwezige hulpmiddelen:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ziekenhuisbed | <input type="checkbox"/> elektrisch | |
| <input type="checkbox"/> infuusstaander | | |
| <input type="checkbox"/> loophulp | <input type="checkbox"/> met wieltjes | <input type="checkbox"/> zonder wieltjes |
| <input type="checkbox"/> krukken | | |
| <input type="checkbox"/> toiletstoel | | |
| <input type="checkbox"/> rolstoel | <input type="checkbox"/> beensteunen | |
| <input type="checkbox"/> pomp sondevoeding | | |
| <input type="checkbox"/> zuurstoftherapie | | |
| <input type="checkbox"/> personenalarmsysteem | | |

Sociale voorzieningen:

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> THAB | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> IVTT/ITT | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> APH | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> zorgverzekering | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> OCMW-tussenkost: | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |

Ontslagplanning:

- terugkeer naar vroegere woonsituatie
- inwonen bij familielid
- naar instelling welke?

.....
welke stappen werden reeds ondernomen?
.....
.....

- nog niet in te schatten, nog niet bespreekbaar

naam sociaal werker + telnr.:

Kine/ergotherapie:

Kracht (./5):

	re	li
BLM
OLM

Gangfunctie: zelfstandig
 onder toezicht
 met hulpmiddelen:
 onmogelijk

Transfers:

in/uit bed:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp:
in/uit zetel:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp:
rolstoelgebruik:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp:
trapegebruik:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp:

Contracturen/spasticiteit/rom deficieten:

.....
.....
.....

Aantal reeds uitgevoerde revalidatiebehandelingen (k30/45/60):

.....
sinds: / /

code limitatieve lijst:

Bijzondere opmerkingen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....