

# MEDISCH VERSLAG BIJ OPNAME WZC

Beste dokter

Om uw patiënt zo optimaal mogelijk op te volgen tijdens haar/zijn verblijf in ons huis, zouden wij u willen vragen onderstaande vragenlijst in te vullen. Deze informatie wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld.

In kader van de verplichte BelRAI LTCF-inschaling hebben we als woonzorgcentrum ook informatie nodig waar u als huisarts over beschikt. Items die nodig zijn voor deze inschaling kunt u herkennen aan het codeveld in de marge. Op deze manier hoeven wij u bij de informatieverzameling voor de BelRAI LTCF geen nieuwe vragenlijst te sturen.

## Patiëntgegevens

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Geboorteplaats: .....

## Gegevens arts

Naam: .....

Riziv-nummer: .....

Telefoonnummer: .....

# 1. Opvolging

Wordt de patiënt opgevolgd door een specialist?

Naam arts	Instelling	Opvolging voor
		Tandarts
		Oogarts

## 2. Medische anamnese

### Algemeen

14.1

Bloedgroep: .....

Allergieën/intoleranties: .....

Prothesen: .....

(8.1)

Stoma/sonde/katheter: .....

Pacemaker – ICD

 wagenziekte

9.6.b

 Diabetes mellitus

9.6.a

Kanker:.....

→ In behandeling en verder te zetten na opname: JA – NEEN

11.2.a

 Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% in de laatste 180 dagen.

10.7

 Door problemen/ziekte zijn cognitie, ADL, stemming of gedrag onstabiel, wisselvallig, onzeker of erger geworden.

 Maakt een acuut optreden of opleving mee van een terugkerend of chronisch gezondheidsprobleem.

 Terminaal stadium van ziekte, 6 maanden of minder te leven.

### Fysische functies

4.3

Deficit gehoor, hulpmiddel?: .....

4.4

Deficit zicht, hulpmiddel?: .....

Afasie: sensorisch – motorisch (schrapp wat niet past)

11.5

Gebits/mondproblemen: .....

Gebitsprothesen, implantaten: .....

 Dysfagie

Andere: .....

**Voeding**

Dieet: .....

Aangepaste voedingsconsistentie: .....

11.4

Voedingssupplementen: .....

Sondevoeding: .....

**Uitscheiding**

(8.1/8.5)

Incontinentie:  Urine  Dag - Nacht Type: ..... Stoelgang  Dag - Nacht Type: .....

9.5.b

 UWI laatste 30 dagen  Recidiverende UWI Risico op obstipatie  Frequent last van diarree Prostatisme**Hart en vaatziekten** Ritmestoornissen  Oedemen (behandeling)

9.3.a

 Aandoening kransslagader  Orthostatisme

9.3.b

 Chronisch hartfalen

Andere:.....

 Steunkousen / windels**Cognitie/psyche**

6.4

 Stresserende gebeurtenis in de laatste 90 dagen  Angststoornis

2.6 - 9.4.a

2.6

 Psychische aandoening of verstandelijke beperking  Bipolair syndroom

2.6 - 9.4.b

2.6 - 9.4.c

 Depressie  Schizofrenie

2.6 - 9.4.d

 Wanen  Hallucinaties Paranoïdie

9.2.a

 Ziekte van Alzheimer

9.2.b

 Dementie anders dan alzheimer: .....

10.9

 Abusus: alcohol - roken - medicatie - drugs (schrapp wat niet past) Slaapstoornissen: .....

2.6

 Andere:.....

3.4
-----

**Emotionele toestand (gedrag)**

- |     |
|-----|
| 5.3 |
|-----|
- Normaal
  - Verwardheid/  Overdag  's Nachts
  - Onrust/  Overdag  's Nachts
  - Agressief/  Verbaal  Fysiek
  - Storend gedrag
  - Wegloopgedrag

Andere:.....

**Zenuwstelsel**

- |       |
|-------|
| 9.2.f |
|-------|
- Ziekte van parkinson  Epileptische insulsten
- |       |
|-------|
| 9.2.d |
|-------|
- Multiple sclerose  Cerebral palsy
- |       |
|-------|
| 9.2.h |
|-------|
- Beroerte (CVA)  Vertigo

9.6.c
-------

9.2.c.eg
----------

Plegie, parese: .....

Andere: .....

**Pulmonaal**

- |       |
|-------|
| 9.3.c |
|-------|
- COPD  O2 nood (voorzie voorschrift)

**Mobiliteit en fracturen**

- |       |
|-------|
| (7.2) |
|-------|
- Gangstoornissen
- |      |
|------|
| 10.1 |
|------|
- Geen valincidenten in laatste 90 dagen
  - 1 Valincident in laatste 30 dagen
  - 2 of meer valincidenten in laatste 30 dagen.
  - Geen valincident in laatste 30 dagen maar wel 31-90 dagen geleden.

Voornaamste oorzaak valincident: .....

- |       |
|-------|
| 9.1.a |
|-------|
- Osteoporose
  - Heupfractuur in laatste 30 dagen

- |       |
|-------|
| 9.1.b |
|-------|
- Andere fracturen in laatste 30 dagen.

Mobiliteitshulpmiddelen (looprek/rollator/wandelstok): .....

Andere hulpmiddelen (actieve/passieve tillift): .....

**Multiresistente kiemen**

- MRSA     CPE     VRA     Andere: .....

**Controles en vaccinatie**

15.1.c	<input type="checkbox"/>	Gebitscontrole in laatste jaar
15.1.d	<input type="checkbox"/>	Oogcontrole in laatste jaar
15.1.e	<input type="checkbox"/>	Gehoortcontrole in laatste 2 jaar
15.1.b	<input type="checkbox"/>	Colonscopie in laatste jaar
15.1.g	<input type="checkbox"/>	Mammografie of borstonderzoek in laatste 2 jaar (voor vrouwen)
15.1.f	<input type="checkbox"/>	Griepvaccinatie in laatste jaar
15.1.h	<input type="checkbox"/>	Pneumokokkenvaccin in de laatste 5 jaar
	<input type="checkbox"/>	Covidvaccinatie in laatste jaar

**Opmnames**

1.4		Laatste ziekenhuisopname: ...../...../.....
2.5	<input type="checkbox"/>	Opname in psychiatrisch ziekenhuis/eenheid in de laatste 5 jaar.
15.4.a	<input type="checkbox"/>	Opname in acuut ziekenhuis met minstens één doorgebrachte nacht in de laatste 90 dagen.
15.4.b	<input type="checkbox"/>	Spoeddienst bezocht (zonder overnachting) in de laatste 90 dagen.
2.5		Opname in andere specifieke zorgsetting in afgelopen 5 jaar: .....

15.3

**Opgvolging door andere disciplines (graag voorschrift voorzien)**

- Kinesithherapie                       Ergotherapie                       Logopedie  
 Psychologische begeleiding

16.2

### 3. Wilsverklaring

- Geen wilsverklaring - Aanbieden van maximale therapie inclusief reanimatie.
- Wilsverklaring betreffende het afzien van reanimatie.

Wilsverklaring betreffende het afzien van:

- doorverwijzing spoeddienst
- hospitalisatie
- operatie
- sondevoeding
- intraveneuze vochttoediening
- bloedproducten
- intubatie
- medicatietoediening: .....

Wilsverklaring betreffende:

- optimaliseren van comfortzorg
- afbouw/beperking van therapieën
- euthanasie

Besproken met:

- patiënt
- familie

Voeg dossierstukken toe als bijlage aan dit document.

## 4. Medicatie

14.3 - 14.4

Vermeld hier de medicatie of voeg de medicatielijst met vermelding van onderstaande items toe als bijlage aan dit document.

Vermeld ook medicatie die "indien nodig" gegeven mag worden. Maak melding van bijzonderheden.

Productnaam	Vorm	Toedieningsweg	Dosis	Posologie	Tijdstip inname
<i>bv. Paracetamol</i>	<i>bv. compr.</i>	<i>bv. PO</i>	<i>bv. 1 gr</i>	<i>bv. 3x/d</i>	<i>bv. 8 - 14 - 20</i>
<i>bv. Duovent</i>	<i>bv. puffer</i>	<i>bv. inhalatie</i>	<i>bv. 0.020mgr/0.050mgr</i>	<i>bv. 2x/d</i>	<i>bv. 8 - 20</i>



Productnaam	Vorm	Toedieningsweg	Dosis	Posologie	Tijdstip inname
<i>bv. Paracetamol</i>	<i>bv. compr.</i>	<i>bv. PO</i>	<i>bv. 1 gr</i>	<i>bv. 3x/d</i>	<i>bv. 8 - 14 - 20</i>
<i>bv. Duovent</i>	<i>bv. puffer</i>	<i>bv. inhalatie</i>	<i>bv. 0.020mgr/0.050mgr</i>	<i>bv. 2x/d</i>	<i>bv. 8 - 20</i>

Gelieve hier melding te maken van bijzonderheden (bv. cytostatica, atypische toedieningsweg, interactie met voeding...).

.....

.....

.....

.....

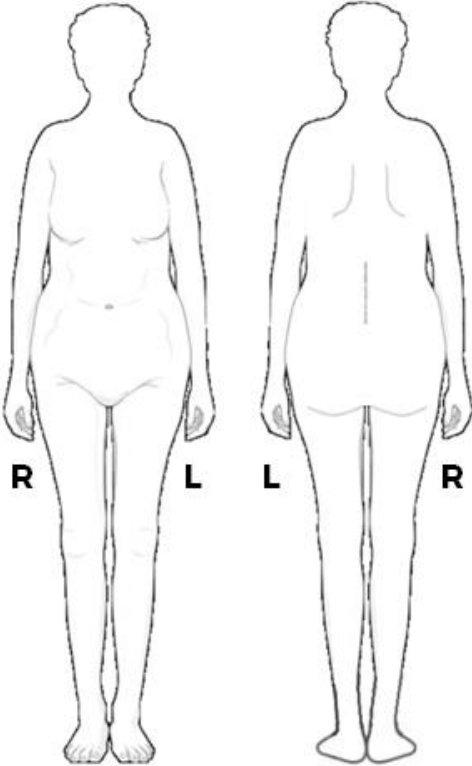
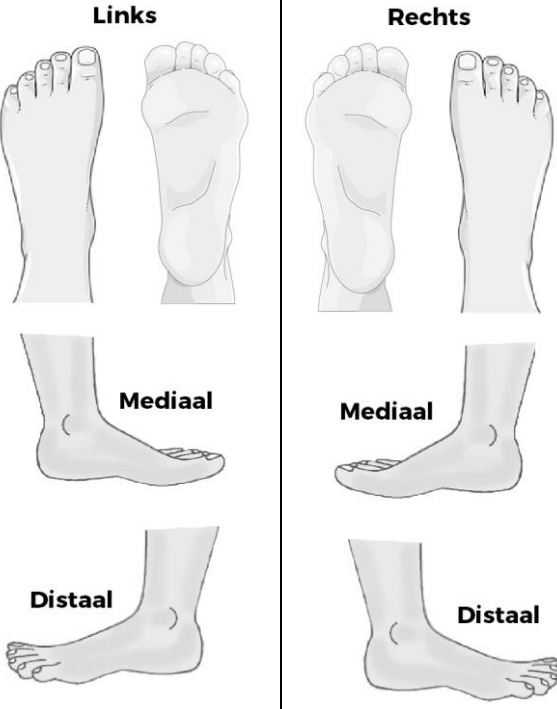
.....

.....



## 5. WONDZORG

12

Lichaamsdiagram		Voetdiagram	
			
Duid aan met een cijfer waar de wonde(n) zich bevindt.			
#	Type wonde	Aandachtspunten bij verzorging/specifieke producten	
0	<i>bv. IAD type 2B</i>	<i>bv. Wassen met iso-betadine® germicide zeep 1x/d, aanbrengen Daktozin® crème 2x/d</i>	
1			
2			
3			
4			
5			

## 6. Medische voorgeschiedenis

Vul hier de medische voorgeschiedenis verder aan (inclusief heelkundige ingrepen) of voeg deze als bijlage toe aan dit document.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 7. Diagnose

Welke aandoeningen, ziekten, beperkingen zijn vandaag aanwezig die niet eerder vermeld werden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 8. Wettelijke verplichtingen

1. Bij afwezigheid van de huisarts wordt er automatisch beroep gedaan op de huisartsenwachtpost Gent-Scheldekraacht

### 2. Besmettelijke ziekten.

Ondergetekende, Dr. ...., verklaart dat bovenvermelde geen belangrijke besmettelijke ziekte heeft die de gezondheid van de medebewoners en van het personeel zou kunnen bedreigen en dat er geen bezwaar is tegen opname in het woonzorgcentrum.

Datum, handtekening en stempel

## 9. Aanverwante documenten

#	Titel	Documentnummer/locatie
1	<a href="#">Opname WZC.docx</a>	MPR0950
2	<a href="#">Opname en onthaal rusthuis.docx</a>	MPR0950SOP01

## 10. Document eigenschappen

Schrijfgroep: Sander Aerens

Leesgroep: Vicky Van den Bosch, Joachim Truijens

Autorisator: Tine Beeckman

Template: nvt