

Aanvraag palliatieve afdeling De Lotus

Datum aanvraag _____ Aard van de opname tijdelijk permanent

Naam _____ Voornaam _____

Geslacht man vrouw

Geboortedatum ____ / ____ / ____

Adres _____

_____ Tel. _____

Huidige verblijfplaats

thuis _____

RVT – naam _____

ziekenhuis _____ dienst _____ sinds _____

Naam huisarts _____ gemeente huisarts _____

Naam specialist _____ ziekenhuis _____

1. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS AANVRAGER

Hoedanigheid patiënt familie huisarts specialist sociale dienst PST andere

Naam aanvrager _____ Tel/GSM _____

Adres aanvrager _____

Relatie tot patiënt (andere) _____ e-mail _____

Te contacteren personen

Naam _____ relatie _____

Tel/GSM _____ e-mail _____

Naam _____ relatie _____

Tel/GSM _____ e-mail _____

Was er contact met een palliatieve ondersteuningsequipe ?

palliatief support team contactpersoon _____
Tel/GSM _____ e-mail _____

Voeg indien mogelijk het PST verslag toe aan dit opnameformulier

thuiszorgequpe contactpersoon _____
Tel/GSM _____ e-mail _____

Voor welke residentiële eenheid voor palliatieve zorg is er een aanvraag gebeurd ?

ZNA Middelheim ZNA Stuivenberg AZ Sint Augustinus Coda Hospice De Mick

2. Actuele problemen die een opname in een centrum voor palliatieve zorg noodzakelijk maken

Fysisch _____
 Psychisch _____
 sociaal _____
 spiritueel _____

3. MEDISCHE GEGEVENS

Hoofddiagnose: _____ Datum: _____

Metastasen

bot lever hersenen
 long / pleura peritoneaal andere _____

Behandelingen (beknopt)

Zijn er actieve ziektegerelateerde behandelingen lopende ? Ja neen

Zo ja, welke (vb chemo – bestraling – dialyse)

Neveniagnose (beknopt)

Levensverwachting

minder dan 3 dagen 3 tot 30 dagen 1 tot 3 maanden meer dan 3 maanden

Progressie van de ziekte

traag snel

Voeg indien mogelijk het laatste specialistisch verslag toe aan dit opnameformulier

Stempel + handtekening arts

datum

4. TOEKOMSTVERWACHTING

Waarheidsmededeling

Is de patiënt op de hoogte van zijn/haar diagnose ja neen

Is de familie op de hoogte van de diagnose/prognose ja neen

Is de patiënt op de hoogte van opname op een palliatieve eenheid ja neen

Wenst de patiënt zelf de opname op een palliatieve eenheid ja neen

Is er een vraag naar actieve levensbeëindiging bij de patiënt

ja, de patiënt is actief bezig met een vraag naar levensbeëindiging

ja

neen

Heeft de patiënt een wilsverklaring ja neen

Heeft de patiënt een geschreven euthanasie verzoek ja neen

Is het euthanasieverzoek reeds besproken met

De huisarts ja naam huisarts _____ neen

De behandelende arts ja naam huisarts _____ neen

De arts van de pall. Eenheid ja naam arts _____ neen

5. Verpleegkundige gegevens

Hygiëne

- zelfstandig
- toezicht
- gedeeltelijke hulp
- volledige hulp

Uitscheiding

- zelfstandig
- toezicht
- gedeeltelijke hulp
- volledige hulp
- stoma
- incontinentie urine feces
- verblijfssonde of suprapubische katheter

contact

- normaal
- gestoord : reden
- gehoorgestoord
- geen contact mogelijk : reden

Overige zorg

- tracheacanule
- decubitus
- wondzorg
- andere

Mobiliteit

- zelfstandig
- hulpmiddel
- bedlegerig
- fixatiemiddel

voeding

- zelfstandig
- gedeeltelijke hulp
- volledige hulp
- sondevoeding
- parenterale voeding
- slikproblemen

psychische toestand

- normaal
- verward
- dwaalgedrag
- roepgedrag

kolonisatie met multiresistente kiemen

- ja
- neen

Naam verpleegkundige : _____ Tel _____

6. Psychologische gegevens

Woonsituatie

alleenwonend bij partner inwonend bij

woon- en zorgcentrum naam maatschappelijk werker _____

Tel/GSM _____ email _____

Datum