

Beste

Hierbij vindt u het aanvraagformulier voor het comaproject. Enkel **volledig ingevulde** aanvragen worden voorgelegd aan de neuroloog. Hij beslist of de kandidaat in aanmerking komt voor opname. Deze beslissing wordt u meegedeeld via sociale dienst.

Enkel kandidaten die aan alle voorwaarden voldoen, worden in aanmerking genomen. Onze voorwaarden zijn:

- Minimum 1 maand en maximum 6 maanden in coma zijn
- PEG – sonde hebben
- Geen beademing meer hebben
- DNR – code moet vastliggen en besproken zijn met de vertegenwoordiger
- Wettelijke vertegenwoordiger moet duidelijk zijn
- Kopie van de identiteitskaart moet in ons bezit zijn
- Duidelijkheid omtrent financiële regelingen

Zijn pas van toepassing bij eventuele effectieve opname:

- Medisch stabiel zijn:
 - Geen intraveneuze antibiotica meer krijgen gedurende minimum 1 week voor opname in campus De Mick
 - Minimum 1 week na antibiotica – stop koortsvrij zijn
- Op moment van opname in campus De Mick nog steeds vegetatief of minimaal responsief zijn

Met vriendelijke groeten

Comateam campus De Mick

Aanvraag tot opname in comaproject

1. Administratieve gegevens

Naam _____ Voornaam _____

Burgerlijke staat: ongehuwd – gehuwd – wed. – wett. gescheiden – feit. gescheiden man vrouw

Naam echtgeno(o)t(e): _____

Nationaliteit: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Adres: _____

_____ Tel. _____

Is dit een instelling? Ja neen Welke _____

Contactpersonen (naam, telefoonnummer en verwantschap)

- _____ GSM/Tel. _____

Relatie _____

- _____ GSM/Tel. _____

Relatie _____

Wie is de centrale aanspreekpersoon / vertrouwenspersoon? _____

Mutualiteit

Benaming _____ Aansluitingsnummer _____ CG1 / CG2 ____ / ____

Verwijzend ziekenhuis _____

Opnamedatum ____ / ____ / ____ Verwijzend arts _____

Huisarts _____

Reden opname ziekte ongeval arbeidsongeval

Contactpersoon sociale dienst _____ Tel. _____

2. Sociale gegevens

2.1 Algemene gegevens

- **Woonsituatie van de patiënt voor de ziekenhuisopname**

- alleenwonend
- bij partner
- instelling (RVT, serviceflat,...)
- inwonend bij: _____

- **Welke toekomstmogelijkheden worden voorzien?**

- naar huis
- naar familie
- naar instelling (RVT, serviceflat, ...)
- nog niet in te schatten / nog niet bespreekbaar

- **Indien er reeds een (preventieve) plaatsingsaanvraag werd gestart**

- privé OCMW
datum aanvraag: ____ / ____ / ____ instelling(en): _____

- aangevraagd door: _____

- **Wie is de wettelijke vertegenwoordiger in het kader van de Wet op de Patiëntenrechten?**

- echtgeno(o)t(e) / samenwonende partner
- kinderen naam _____
contactgegevens _____

- andere naam _____
contactgegevens? _____
_____ Relatie: _____

- **Spreekt / verstaat de patiënt Nederlands?**

- ja
- nee: wat is de aanspreektaal? _____
is er een tolk ter beschikking? ja nee

campus De Mick

- Spreekt / verstaat de familie Nederlands?

ja

nee: wat is de aanspreektaal? _____

is er een tolk ter beschikking? ja nee

- Is de verplaatsing naar De Mick haalbaar voor de familie?

ja

nee / met moeilijkheden: Waarom? _____

2.2 Bijkomende gegevens

- Meer informatie over de sociale situatie (situatie partner, kinderen, werksituatie, woonsituatie,...)

- Wat zijn de verwachtingen van de familie naar opname in het comaproject toe?

- Zijn er nog andere zaken waarvan wij op de hoogte moeten zijn, bv. in geval van trauma omtrent de omstandigheden, conflictsituaties binnen de familie,...?

2.3 Financiële gegevens

- Wie beheert momenteel de financiën / wie betaalt de rekeningen? (contactgegevens)

_____ Relatie _____

- Werd er reeds een aanvraag voorlopige bewindvoering opgestart?

ja

datum aanvraag? ____ / ____ / ____

wie werd aangesteld (contactgegevens)? _____

_____ Relatie _____

nee waarom? _____

- Welk OCMW / welke instantie is bevoegd in geval van plaatsing? _____

3. Verpleegkundige gegevens

Ingevuld door (naam verpleegkundige) _____ Tel. Afdeling _____

- Zijn er specifieke zaken die wij moeten weten i.v.m. de verzorging (wassen, kleden, toilet,...)

- **Mobiliteit** Bedlegerig: volledig
 gedeeltelijk
 gebruik van bedsponden
 kan opzitten

- **Is er incontinentie voor** urine nee ja blaassonde
faeces nee ja

- **Heeft patiënt decubituswonden:** nee ja
 1° graad
 2° graad geïnfecteerd niet geïnfecteerd
 3° graad geïnfecteerd niet geïnfecteerd
Plaats stuit hielen andere

campus De Mick

- **MRSA:** ja waar? _____
 wanneer vastgesteld? ____ / ____ / ____
 nee
 niet gescreend reden? _____

Graag kopie van uitslagen bijvoegen a.u.b.!

Te screenen: keel, neus, PEG, perineum, lies, oksel, sputum

- **Psychische toestand** PVS (persisterende vegetatieve toestand)
 MRS (minimaal responsieve toestand)
 storend gedrag: _____
 andere: _____

- **Fysische functies** gehoor normaal hardhorig (apparaat) doof
 zicht normaal slecht (bril) blind
 stomato normaal slikstoornissen

- **Tracheacanule** ja datum plaatsing? ____ / ____ / ____
 Welk type? _____
 Waarom werd tracheacanule nog niet verwijderd?

 nee datum verwijdering? ____ / ____ / ____

- **Zuurstoftherapie** ja nee
- **Ventriculoperitoneale drain** ja datum plaatsing ____ / ____ / ____
 nee datum verwijdering ____ / ____ / ____
- **PEG sonde** ja datum plaatsing ____ / ____ / ____
 nee reden _____
 datum verwijdering ____ / ____ / ____
- Problemen sondevoeding?** ja welke? _____
 nee
- **Suprapubische sonde** ja datum plaatsing ____ / ____ / ____
 nee datum verwijdering ____ / ____ / ____
- **Urinaire verblijfsonde** ja datum plaatsing ____ / ____ / ____
 nee datum verwijdering ____ / ____ / ____



4. Medische gegevens

4.1 Algemene gegevens

- Antecedenten

Cardiovasculair _____

Respiratoir _____

Zenuwstelsel _____

Gastro – intestinaal _____

Endocrinologisch _____

Genito – urinair _____

Hematologisch _____

Andere chirurgische of medische antecedenten _____

Familiale antecedenten _____



- **Diagnose + datum**

- **Huidige ziekteproblemen**

- **Prognose** _____

Wat werd aan de familie meegedeeld? _____

Wanneer? _____

- **Revalidatie-indicaties**

K60/K30 aangevraagd?

- ja wanneer? ____ / ____ / ____
 nee

4.2 Specifieke gegevens

- **Epilepsie aanwezig:**
 - ja: type? _____
datum aanvang? ____ / ____ / ____
datum laatste aanval? ____ / ____ / ____
anti – epilepsie behandeling met _____
 - nee
- **Pacemaker of metalen orthese aanwezig**
 - ja preciseer? _____
 - nee
- **Diabetes mellitus aanwezig**
 - ja preciseer? _____
 - nee
- **Nosocomiale infectie**
 - ja preciseer? _____
 - nee
- **Andere infecties**
 - ja welke? _____
 - nee
- **DNR – code besproken en vastgelegd met vertegenwoordiger**
 - ja: welke? _____
datum? ____ / ____ / ____
 - nee: reden? _____
- **Is er een wilsbeschikking**
 - ja (kopie toevoegen a.u.b.)
 - nee
- **Vermoedelijke ontslagdatum uit uw instelling** ____ / ____ / ____

- Voorgestelde medicamenteuze behandeling

Belangrijk! Voor specialiteiten terugbetaald op advies van de Raadgevend arts

- attest ja neen in aanvraag

Gelieve toe te voegen:

- CD met beeldvorming of codes om beeldvorming online te beoordelen + verslagen
- Kopie van alle bloeduitslagen en bacteriologie

Het onderzoek werd gedaan te: _____

Door Dr. _____ Datum: ____ / ____ / ____

Vorbehouden aan sociale dienst campus De Mick

Naam: _____

Aanvraagdatum: _____

Voorwaarden voor kandidaten	In orde
Minimum 1 maand en maximum 6 maanden in coma	
PEG – sonde	
DNR code besproken	
Geen beademing	
Wettelijke vertegenwoordiger	
Financiële regeling	
Kopie identiteitskaart	

Voorwaarden bij opname	In orde
Geen intraveneuze AB gedurende minimum 1 week voor opname in campus De Mick	
Minimum 1 week na AB – stop koortsvrij	
Op moment van ontslag naar campus De Mick nog steeds PVS of MRS	