

Aanvraagformulier voor dagcentrum Icaria

In te vullen door de huisarts. Graag een recent specialistisch verslag toevoegen. Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en terug te bezorgen via de post (Molenstraat 19, 2640 Mortsel) t.a.v. sociale dienst of aan dagcentrumikaria.administratie@gza.be.

1. Administratieve gegevens

Naam/voornaam patiënt:M / V

Adres:

Geboortedatum: Tel:.....

Huidige verblijfplaats: thuis WZC (naam):
 ziekenhuis: dienst:
 sinds:

Naam huisarts: Gsm:.....

Adres huisarts: Tel:.....

Naam thuisverpleegkundige: Tel:.....

Naam specialist: Gsm:.....

Naam ziekenhuis: Tel:.....

Administratieve gegevens aanvrager

Hoedanigheid: patiënt familie huisarts specialist sociale dienst PST andere

Naam aanvrager:

Adres aanvrager: Tel:.....

Te contacteren personen:

Naam: Tel:.....

Naam: Tel:.....

Was er contact met een palliatief ondersteuningsequipe?

Palliatief Support Team:

Palliatief Thuiszorgequie:

2. Medische gegevens (verplicht in te vullen door een arts)

Naam/voornaam patiënt:

Hoofddiagnose: Datum vaststelling:

Metastasen:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> bot | <input type="checkbox"/> lever | <input type="checkbox"/> hersenen |
| <input type="checkbox"/> long/pleura | <input type="checkbox"/> peritoneaal | <input type="checkbox"/> lokale verspreiding |

Behandelingen (beknopt):

.....

.....

Nevendiagnosen (beknopt):

.....

.....

Snelheid ziekteprogressie: stabiel traag progressief snel progressief

Levensverwachting: minder dan 1 maand 1 tot 3 maanden meer dan 3 maanden

Actuele problemen

Fysiek

Psychisch

Sociaal

Spiritueel

Ga je akkoord met een opname op het dagverblijf van je patiënt? Ja Nee

Wanneer er zich een noodgeval voordoet tijdens het verblijf van je patiënt:

• Zijn er specifieke afspraken in verband met het DNR-beleid? Ja Nee

Welke?.....

• Wens je in eerste instantie zelf gecontacteerd te worden? Ja Nee

Noteer dan duidelijk je gsm-nummer:.....

• Wens je dat een arts van het CPZ wordt gecontacteerd? Ja Nee

Waarheidsmededeling:

Is de patiënt op de hoogte van zijn/haar diagnose? Ja Nee

Medicatieschema	Ochtend	Middag	Avond	Slapen

3. Verpleegkundige gegevens

Hygiëne

- Geen hulp
- Hulp aan wastafel
- Bedbad

Uitscheiding

- Geen hulp
- Ondersteunende hulp
- Blaassonde
- Luier
- Stoma

Contact

- Normaal
- Verstoord: agressief
- Gehoorgestoord
- Geen contact mogelijk

Overige zorg

- Tracheacanule
- Decubitus
- Wondzorg:
- Andere:

Mobiliteit

- Geen hulp
- Ondersteunende hulp
- Bedrust

Voeding

- Geen hulp
- Voorbereidende hulp
- Eten en/of drinken geven
- Sondevoeding
- Parenterale voeding

Psychische toestand

- Normaal
- Verward
- Dwaalgedrag
- Roepgedrag

Kolonisatie met multiresistente kiemen

- Ja
- Nee.....

4. Psychosociale gegevens

Woonsituatie:

- alleenwonend inwonend bij:
- bij partner WZC (naam):

Is er een vraag naar een actieve levensbeëindiging bij de patiënt?

- Ja, de vraag is actief en levendig aanwezig.
- Ja, de vraag is eerder latent aanwezig.
- Nee

Voeg indien mogelijk het laatste specialistische verslag toe aan dit opnameformulier.

Stempel arts + handtekening

Datum :