**Overdrachtsformulier Palliatieve Zorg**

**Ponsplaatje**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam: | Geboortedatum: | M / V |
| Adres: | Woonplaats: | Telnr : |
| Zorgverzekeraar: | Verzekeringsnr: | BSN : |

Datum overplaatsing:

Van : afd: Telnr.:

Naar :

**Contactpersonen van de patiënt / cliënt**

Huisarts / waarnemer: Telnr.: 06 - …………………

Behandelend huisarts: O is zelf bereikbaar

O draagt de zorg deeltijds over aan de huisartsenpost

op………………dag van …….tot ………uur.

O alleen bereikbaar bij vooraf aangegeven situaties:

Hoofdbehandelaar (Regiehouder) + discipline:

*Telnr:*  De hoofdbehandelaar kan wel / niet buiten werkuren bereikt worden.

Medebehandelaar + discipline:

*Telnr:*

Contactpersoon 1 (relatie/mantelzorg):

*Telnr:*

Contactpersoon 2 (relatie/mantelzorg)::

*Telnr:*

Mantelzorg 1 door + relatie:

*Tel.nr.*

Er is inzet van de thuiszorg □ ja □ nee □ nvt

Naam contactverpleegkundige/verzorgende:

Tel. nr.:

Draagkracht Mantelzorg □ goed □ voldoende □ zorgelijk □ nvt

**Deel 1. Medische overdracht** in te vullen door de arts

**1. Algemeen**  (zie ook relevante specialisten brieven en/of medisch dossier)

Reden van overdracht:

Diagnose:

Hoofddiagnose bekend sinds:

Comorbiditeit:

Pijndiagnose:

Andere specifieke aandachtspunten:

Behandeling tot op heden + effect:

Huidige situatie + behandeling:

Te verwachten problemen + advies

Informatie/afspraken mbt de ziekte/prognose besproken met patiënt en naasten: □ ja □ nee

**2. Beleidsafspraken**

Reanimeren □ ja □ nee □ niet besproken

Nog bereid tot ziekenhuisopname zo nodig □ ja □ nee □ niet besproken Beademing / IC □ ja □ nee □ niet besproken Antibiotica bij levensbedreigende infecties □ ja □ nee □ niet besproken Bloed(producten)transfusie □ ja □ nee □ niet besproken

Wilsverklaring aanwezig □ ja □ nee

Wensen m.b.t. het levenseinde:

**Zijn er relevante afspraken mbt**: (nu aanwezig) beleid

Infuus behandeling

-Centrale lijn / perifeer infuus / subcutaan □ ja □ nee ……………...

- Epidurale /spinale toediening □ ja □ nee ……………...

Voedingssonde / hevelsonde □ ja □ nee ……………...

Zuurstof toediening □ ja □ nee ……………...

Pleuradrainage / ascitesdrainage □ ja □ nee ……………...

Anders: □ ja □ nee ……………...

**3. Medicatie bij overplaatsing**

**Medicatie:** **zie bijlage AMO**

Opmerkingen ten aanzien van medicatie:

**Allergieën** □ ja □ nee

Pleister / Jodium / Geneesmiddelen :

**Laboratorium**

Laatst gemeten Kreatinine klaring en essentiële afwijkende bloedwaarden (bv Hb, Ca, K):

***Naam en handtekening arts:***

Datum:

Telefoonnummer / pieper:

Voor collegiaal overleg te bereiken op nummer:

**Deel 2. Zorginhoudelijke overdracht** in te vullen door verpleegkundige of arts

**1. Relevante informatie ten aanzien van verloop lichamelijke symptomen**

**Pijn**

Problemen met pijn □ ja □ nee

Omschrijving plaats /houdingsafhankelijkheid/soort pijn:

Pijnscore gemeten □ ja □ nee

Gemeten met :

Verloop (vermeld eventueel de pijnscores):

Pijnbeleving:

Pijngedrag:

Adviezen ten aanzien van omgaan met pijnmedicatie:

Bijzonderheden:

**Vermoeidheid**

Problemen met vermoeidheid □ ja □ nee

Toelichting:

Bijzonderheden:

**Ademhaling**

Problemen met ademhaling □ ja □ nee

Toelichting:

Gebruikt zuurstof: □ ja □ nee

Namelijk: ..….liter O2 □ continu □ bij inspanning

Leverancier:

Bijzonderheden bij inspanning:

**Misselijkheid en/of braken**

Problemen ten aanzien van misselijkheid en/of braken □ ja □ nee

Toelichting:

Hevelsonde □ ja □ nee

Sinds:

Adviezen ten aanzien van omgaan met misselijkheid en/of braken:

Bijzonderheden:

**Voeding en stofwisseling**

Problemen met eten en drinken □ ja □ nee

Toelichting:

Gebrek aan eetlust □ ja □ nee

Advies:

Slikproblemen □ ja □ nee

Advies:

Dieet □ ja □ nee

Toelichting:

Voedingssonde □ ja □ nee

Type: □ Neus-maag □ Neus-duodenum □ PEG □ Jejunostomie Ingebracht d.d.: Ch :

Wanneer vervangen: Door wie:

Hoeveelheid en soort sondevoeding:

Vochtinfuus □ ja □ nee Type: □ centrale lijn □ perifeer □ subcutaan

Ingebracht d.d.: Infuusvloeistof : Hoeveelheid:

Bijzonderheden:

**Ontlastingspatroon**

Problemen met ontlasting □ ja □ nee

Namelijk □ obstipatie □ diarree

Frequentie: Consistentie: Datum laatste defaecatie:

Cliënt gebruikt hulpmiddelen voor ontlasting □ ja □ nee

□ incontinentiemateriaal, nl:

□ ileostoma □ colostoma materiaal □ eendelig □ tweedelig, □ merk / type:

Is hierin zelfstandig □ ja □ nee

Leverancier □ Bosman □ Combicare □ Hoogland □ anders:

Bijzonderheden:

**Mictie**

Problemen met mictie □ ja □ nee

Namelijk:

Cliënt gebruikt hulpmiddelen voor mictie □ ja □ nee

Is hierin zelfstandig □ ja □ nee

□ Incontinentiemateriaal

□ Urinecatheter Ch: Type:

Verwisselen op: Inhoud ballon: ………ml.

□ Suprapubische catheter Ch: Type:

Verwisselen op: Inhoud ballon: ………ml.

□ Nefrostomiecatheter Ch: Type:

Verwisselen op: Inhoud ballon: ………ml.

□ Intermitterend blaascatheteriseren: x per dag

□ Blaas spoelen Frequentie: Type blaasvloeistof:

□ Urostoma □ eendelig □ tweedelig Merk / type:

Leverancier □ Bosman □ Combicare □ Hoogland □ anders:

Bijzonderheden:

**Slapen en rust**

Problemen met slapen □ ja □ nee

Namelijk □ inslaapproblemen □ doorslaapproblemen

Gewoonten t.a.v. slapen en rust:

**Wonden / decubitus / huidproblemen**

Problemen met huid □ ja □ nee

Namelijk:

Locatie van de wond / huidprobleem:

Beschrijving van de wond / huidprobleem:

(Wond)beleid:

Bijzonderheden:

Antidecubitus matras □ ja □ nee

Leverancier:

**Mobiliteit**

Problemen met mobiliteit en/of transfers □ ja □ nee

Toelichting:

Gebruik hulpmiddelen:

Bijzonderheden:

**ADL**

Problemen met zelfzorg □ ja □ nee

Toelichting:

Zorg nodig bij:

Hulpmiddelen (bv. glijlaken) □ ja □ nee

**2. Cognitie en waarneming**

Problemen met

\* Delier (doorgemaakt) □ ja □ nee

Namelijk:

\* Oriëntatie □ ja □ nee

Namelijk:

\* Geheugen □ ja □ nee

Namelijk:

\* Concentratie □ ja □ nee

Namelijk:

\* Sufheid □ ja □ nee

Namelijk:

\* Zien □ ja □ nee

Namelijk:

\* Horen □ ja □ nee

Namelijk:

\* Spreken □ ja □ nee

Namelijk:

Hulpmiddelen voor cognitie / waarneming □ ja □ nee

Toelichting:

Bijzonderheden:

**3. Relevante informatie ten aanzien van verloop en omgaan met de ziekte**

Ziekte inzicht:

Angst:

Emoties:

Somberheid/neerslachtigheid:

Spanning/stress:

Eenzaamheid:

Schuldgevoel:

**4. Relevante informatie ten aanzien van psychosociale situatie**

Praktische problemen (zorg voor kinderen, huisvesting, financiën, werk etc..):

Gezins-/sociale problemen (omgang en/of zorgen over partner, kinderen, familie, werk etc.):

Bijzonderheden:

**5. Vragen m.b.t. zingeving, wensen t.a.v. laatste levensfase, religieuze / spirituele vragen, afscheidsriten)**

Heeft de patiënt behoefte aan vertrouwelijke gesprekken over bijvoorbeeld zijn of haar leven of ziek zijn, levenseinde, afscheidsmoment, zingeving, levensbalans? □ ja □ nee

Zo ja met:

Is de patiënt religieus □ ja □ nee

Te weten:

**6. CIZ Indicatie**

AWBZ indicatie Terminale Palliatieve Zorg afgegeven □ ja □ nee

Indien nee: huidige indicatie:

WMO zorg □ ja □ nee

Bijzonderheden:

**7. Andere betrokken hulpverleners**

Specialistisch verpleegkundige □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Fysiotherapie □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Geestelijke verzorging □ ja □ nee Naam: Telnr.:

GGZ □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Maatschappelijk werk □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Psycholoog □ ja □ nee

Naam: Telnr:

Diëtetiek □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Andere □ ja □ nee Naam: Telnr.:

Met collegiale groet,

**Naam (verpleegkundige / verzorgende):**

Afdeling / wijk:

Telnr.:

Datum: