

Overdrachtsformulier Palliatieve Zorg

Ponsplaatje

Naam:	Geboortedatum:	M / V
Adres:	Woonplaats:	Tel.nr. :
Zorgverzekeraar:	Verzekeringsnr:	BSN :

Datum overplaatsing:

Van :

Afd:

Tel.nr. :

Naar :

Contactpersonen van de patiënt / cliënt

Huisarts / waarnemer: Tel.nr. praktijk: Tel.nr. : 06 -

Behandelend huisarts: is zelf bereikbaar

draagt de zorg deeltijds over aan de huisartsenpost
op.....dag vantotuur.

alleen bereikbaar bij vooraf aangegeven situaties:

Hoofdbehandelaar (Regiehouder) + discipline:

Tel.nr. :

De hoofdbehandelaar kan wel / niet buiten werkuren bereikt worden.

Medebehandelaar + discipline:

Tel.nr. :

Contactpersoon 1 (relatie/mantelzorg):

Tel.nr. :

Contactpersoon 2 (relatie/mantelzorg):

Tel.nr. :

Er is inzet van de thuiszorg

ja nee n.v.t.

Naam contactverpleegkundige/verzorgende:

Tel.nr. :

Draagkracht Mantelzorg

goed voldoende zorgelijk n.v.t.

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 m.b.t.:

(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 (bijv. Hb, Ca, K):

Naam en handtekening arts

Datum:

Tel.nr. / pieper:

Voor collegiaal overleg te bereiken op nummer:

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
- Urinekatheter Ch: Type:
- Verwisselen op: Inhoud ballon:ml.
- Suprapubische katheter Ch: Type:
- Verwisselen op: Inhoud ballon:ml.
- Nefrostomiekatheter Ch: Type:
- Verwisselen op: Inhoud ballon:ml.
- Intermitterend blaaskatheteriseren: 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: Tel.nr. :
Fysiotherapie ja nee
Naam: Tel.nr. :
Geestelijke verzorging ja nee
Naam: Tel.nr. :
GGZ ja nee
Naam: Tel.nr. :
Maatschappelijk werk ja nee
Naam: Tel.nr. :
Psycholoog ja nee
Naam: Tel.nr. :
Diëtetiek ja nee
Naam: Tel.nr. :
Andere ja nee
Naam: Tel.nr. :

Met collegiale groet,

Naam (verpleegkundige / verzorgende):

Afdeling / wijk:

Tel.nr. :

Datum: