

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: O is zelf bereikbaar

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

O 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:

VermoeidheidProblemen met vermoeidheid ☐ ja ☐ nee

Toelichting:

Bijzonderheden:

AdemhalingProblemen met ademhaling ☐ ja ☐ nee

Toelichting:

Gebruikt zuurstof: ☐ ja ☐ neeNamelijk:liter O2 ☐ continu ☐ bij inspanning

Leverancier:

Bijzonderheden bij inspanning:

Misselijkheid en/of brakenProblemen 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 stofwisselingProblemen met eten en drinken ☐ ja ☐ nee

Toelichting:

Gebrek aan eetlust ☐ ja ☐ nee

Advies:

Slikproblemen ☐ ja ☐ nee

Advies:

Dieet ☐ ja ☐ nee

Toelichting:

Voedingssonde ☐ ja ☐ neeType: ☐ Neus-maag ☐ Neus-duodenum ☐ PEG ☐ Jejunostomie

Ingebracht d.d.: Ch :

Wanneer vervangen: Door wie:

Hoeveelheid en soort sondevoeding:

Vochtinfuus ☐ ja ☐ neeType: ☐ 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:

☐ ja ☐ nee

Is hierin zelfstandig

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

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Fysiotherapie

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Geestelijke verzorging

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

GGZ

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Maatschappelijk werk

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Psycholoog

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Diëtetiek

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Andere

Naam:

Tel.nr. :

☐ ja ☐ nee

Met collegiale groet,

Naam (verpleegkundige / verzorgende):

Afdeling / wijk:

Tel.nr. :

Datum: