



UZ LEUVEN CAMPUS PELLENBERG

TEL. 016 33 87 00
FAX 016 33 87 03

AANVRAAG TOT OPNAME

GELIEVE DEZE VRAGENLIJST VOLLEDIG IN TE VULLEN

- Intern : EMD-nr.:
- Extern:
Zo extern, gelieve ons de beeldvorming op CDrom of code te willen bezorgen, alsook alle relevante verslagen

Administratieve gegevens

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum: .../.../....

ezMutualiteit:

.....

Arbeidsongevallenverzekering: Dossiernr.:

Contactpersoon: naam:

verwantschap:

tel. nr.:

Kamerkeuze: gemeenschappelijke kamer

privékamer

Patiënt verblijft momenteel:

thuis

ziekenhuis:

Afdeling/dienst:

Naam/tel. sociaal assistent.:

.....

te contacteren voor meer informatie:

andere:

Transfer vermoedelijk mogelijk vanaf

Verwijzende arts:

Discipline:

Tel. nr.:

Huisarts:

Tel. nr.:

Verpleegkundige gegevens (opname-info)

1. Barthel-index

Aandachtsgebied	Omschrijving	Functiescore	patiëntscore
Ontlasting	Incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	continent	2	
Urine	Katheter of incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	continent	2	
Persoonlijke verzorging	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig voor wat betreft verzorging van gezicht, tanden, haar en bij scheren	1	
Toiletbezoek	Hulpbehoevend	0	
	Weinig hulp nodig	1	
	zelfstandig	2	
eten	Hulpbehoevend	0	
	Hulp nodig bij snijden en smeren	1	
	Zelfstandig	2	
Transfer (van bed naar stoel en terug)	Niet toe in staat	0	
	Veel hulp nodig	1	
	Weinig hulp nodig	2	
	zelfstandig	3	
Mobiliteit	Kan zich niet verplaatsen	0	
	Zelfstandig in rolstoel	1	
	Lopen met hulp van een ander, verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig, eventueel met gebruik van hulpmiddelen	3	
Aan-/uitkleden	Hulpbehoevend	0	
	Kan ongeveer de helft zelf	1	
	Zelfstandig	2	
Trappen lopen	Niet toe in staat	0	
	Met hulp: verbaal of lichamelijk	1	
	Zelfstandig op en af	2	
Baden	Hulpbehoevend	0	
	zelfstandig	1	
		TOTAAL	

2. Huidige medicatie

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uitscheiding

- Mictie
- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Spontaan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Intermitterende katheterisering | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Transurethrale katheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Suprapubische katheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
- Defecatie
- | | | |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Spontaan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Rectaal toucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Orale laxantia:

Rectale laxantia:.....

4. Voeding

- | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Gewone voeding | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|
- Dieet:
- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Slikproblemen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Nasogastrische sonde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Percutane gastrostomiesonde (PEG) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
- Sondevoeding

5. Luchtwegzorg

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Tracheacanule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| Zuurstof | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | zo ja, aantal liter: |
| CPAP | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| Kunstmatige ventilatie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |

6. Wonden

Tgv decubitus / andere

.....
.....
.....

7. Communicatie

- | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|
| Spraakbeperkingen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zich uiten | <input type="checkbox"/> begrijpen | <input type="checkbox"/> nee |
| Visusbeperkingen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> bril/contactlenzen | <input type="checkbox"/> overig | <input type="checkbox"/> nee |
| Gehoorbepertkingen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> overig | | <input type="checkbox"/> nee |

8. Mobiliteit

- bedrust ja/nee hoe lang uit bed
- speciaal bed/matras, welke
- lopen met/zonder hulp(middelen)
- Is een rolstoel bij opname meteen nodig? ja nee
- Zo ja, hoe lang is patiënt ongeveer? en hoe zwaar?

9. Psychisch

- Is er sprake van psychische problematiek? ja nee
- Is er een psychiatrische diagnose gesteld? ja nee
- Zo ja, welke

10. Gedrag

- Depressief ja soms nee
- Agressief ja soms nee
- Ontremd ja soms nee
- Is er sprake van cognitieve stoornissen? ja nee
- Zo ja, welke?
- Reeds verrichte (NPFS) onderzoeken:

11. Desoriëntatie

- Plaats ja gedeeltelijke nee
- Tijd ja gedeeltelijke nee
- Persoon ja gedeeltelijke nee

12. Culturen (verplicht in te vullen en evt. als bijlage toe te voegen)

- MRSA: datum:
- VRE: datum:
- CPE: datum:
- Huid:
- Urine:
- Stoelgang:
- Sputum:
- Wonde: