

ANAMNESE VOOR OPNAME

VRAGENLIJST

Voorzien voor **klever met identificatiegegevens**
(deze krijgt u bij opname)

U kan deze vragenlijst invullen met behulp van uw specialist of huisarts.

Beste mevrouw, mijnheer. Deze **vragenlijst** werd opgesteld om uw gezondheidstoestand beter te kennen voor **opname**, zodat we u een **optimale behandeling** en **zorg** kunnen geven. De informatie wordt uiteraard **vertrouwelijk** behandeld.

› Voor **WELKE AANDOENING/ OPERATIE** wordt u opgenomen?

.....
.....

› Is er **INFORMATIE** die betrekking heeft op uw huidige behandeling of ingreep? vb. lichamelijke of mentale aandoeningen?

.....

› Wat **VERWACHT** u van uw opname?

.....

› **FYSIEKE** gegevens ingevuld op parameterblad

uw leeftijd: uw gewicht (kg): uw lengte (m): uw bloedgroep:
uw bloeddruk (mm/Hg): uw polsfrequentie (slagen/min):

› Heeft u een **ALLERGIE** voor een van onderstaande stoffen? geen gekende allergie

penicilline / antibiotica pijnstillers/NSAID specificeer:
 plaatselijke verdovingsstoffen curare andere medicatie:
 nikkel (nepjuwelen) kleefpleister jodium latex / rubber (verwittig uw arts!) voeding
 contraststof* andere:

› Welk **soort type reactie** had u? *Flauwvallen (lage bloeddruk)* *Zwelling rond mond* *Ademnood*

Piepende ademhaling *Rode vlekken op huid met zwelling en jeuk* Rode vlekken op huid met jeuk
 Andere: andere huidafwijkingen, koorts,

› **Wanneer** trad deze reactie op? *Zeer snel: binnen 1 uur* Na 1 uur tot 3 dagen Pas na 3 dagen - weken

› Indien we tijdens uw opname iemand moeten **CONTACTEREN**: wie en via welk telefoonnummer kan dit?

naam: tel.:
naam: tel.:

› Wie laat je achter en over wie maak je je zorgen bij een ziekenhuisopname?

.....

› Geeft u toestemming om resultaten te bespreken met familielid of mantelzorger?

Ja Neen Wie?

› Hoe is uw **THUISSITUATIE**? niet van toepassing

Na mijn hospitalisatie denk ik HULP nodig te hebben om thuis te kunnen functioneren: ja neen

Zo ja: ik kan hiervoor rekenen op iemand uit mijn naaste omgeving (mantelzorger)
 er is reeds thuiszorg voorzien deze voldoet **deze dient uitgebreid**
 er dient nog thuiszorg opgestart te worden
 Ik overweeg na mijn hospitalisatie: revalidatiecentrum hersteloord WZC / serviceflat

› **WOONVORM** alleen samen met huisgenoot die is: zelfredzaam **zorgafhankelijk**

in een woonvorm met zorgondersteuning (vb serviceflat, WZC, ...)

› **MOBILITEIT** Ik ben: mobiel zonder hulpmiddelen mobiel met hulpmiddel: **binnenshuis** buitenshuis

volledig afhankelijk

› **GEHEUGEN** Heeft u geheugenproblemen? nu en dan **bijna dagelijks** **altijd**

Kolom voorbehouden voor de **verpleegkundige**

diagnose/ingreep

Paramedisch eindverslag spoedgevallen of andere toegevoegd

ernstige ziekte?

Bloedgroepkaart gezien / ontvangen?

kleurgecodeerd identificatiebandje:

groen identificatiebandje
 allergiesuggestie ingevuld in GEMS?
 blauw identificatiebandje*

Indien één van de **curatieve items** werd aangekruist en de reactie binnen 1 uur optrad is er anafylactie geweest.

Wie 's nachts contacteren?

Akkoord info op patiëntenbord?

indien 1 **curatief item** is aangeduid:

verwittig de sociaal werker van je afdeling.

► **ALGEMENE vragen** niet van toepassing

- Rookt u? Hoeveel? Gebruikt u alcohol? Hoeveel?
- Neemt u drugs? Welke?
- Heeft u een port-a-cath / Hickmankatheter? Laatste gespoeld: / / 20.....
- Heeft u een osteosynthese? (metalen pin) Heeft u een gewrichtsprothese?
- Bent u zwanger? ja neen mogelijk
- Heeft u een pacemaker?
- Wanneer is uw laatste tetanusvaccinatie geweest? / / 20
- Bent u in het laatste jaar naar het buitenland geweest? ja neen of niet gekend
zo ja, Welke periode en welk landsbestemming?

► **Hoe is uw HUIDIGE FYSIEKE TOESTAND voor opname?**

- **HYGIËNE** zelfstandig met hulp: lavabo / bad bedbad
- **MOBILITEIT** zelfstandig met hulp: bedlegerig
- **UITSCHIEDING** zelfstandig met hulp:
- URINE** continent incontinent: 's nachts / dag en nacht accidenteel
 blaassonde (vanaf /) urostoma
 suprapubische sonde (vanaf /)
- STOELGANG** continent incontinent colostoma
 incontinentiemateriaal:
- **VOEDING** normaal zelfstandig hulp:
- dieet :
- tandprothese (meegebracht)

Heeft u last bij het slikken? Zo ja, in welke mate? ja neen

Kunt u minder goed voedsel innemen de laatste week? Zo ja, reden? ja neen

Was er een belangrijk gewichtsverlies de laatste 3 maanden? Zo ja, reden? ja neen

Wanneer heeft u de laatste maal gegeten?

- **GEHOOR** goed slecht gehoorapparaat (meegebracht)
- **ZICHT** goed slecht lenzen (meegebracht) bril (meegebracht)
- **BEWUSTZIEN** normaal gedesoriënteerd: tijd / ruimte / personen

► Heeft u een **DOORLIGWONDE** of een **ANDERE WONDE**? invullen wondzorgblad

niet van toepassing

► **ZIEKENHUISBACTERIE** volledig overlopen

U verbleef het afgelopen jaar gedurende minstens 48u in een ander ziekenhuis ja

U komt uit een buitenlands ziekenhuis of verbleef het afgelopen jaar in een buitenlands ziekenhuis ja

U woont in het buitenland of bent het afgelopen jaar in België komen wonen (welk land?) ja

U bent of was ooit drager van een ziekenhuisbacterie (MRSA: ja of andere: ja)

U komt regelmatig voor een bepaalde behandeling of verbleef meer dan 48u in het Jessa Ziekenhuis. ja

U verblijft in een rusthuis of WZC ja U kreeg het afgelopen jaar thuisverpleging ja

U bent ouder dan 75 jaar ja U bent gezondheidsmedewerker ja

U heeft op dit ogenblik een open wonde ja U bent professioneel veehouder ja

► **DELIER**

Slecht zicht Gedesoriënteerd tijd / ruimte / persoon Voorgeschiedenis verwardheid

Ernstige ziekte Verminderde nierfunctie

► **Patiënten > 75 jaar GERIATRISCH RISICOPROFIEL** ingevuld in GEMS

Aanwezigheid van cognitieve stoornis; Desoriëntatie, Dementie, Delirium, ...

Alleenwonend of geen hulp van inwonende partner / familie

Moeilijkheden bij stappen / transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden

Hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden

Patiënt gebruikt 5 of meer verschillende geneesmiddelen

Geen van bovenstaande risicofactoren aanwezig

► **Wat is uw LEVENSBESCHOUWING?**

Katholiek Vrijzinnig Islam Andere:

► Heeft u een **NEGATIEVE WILSVERKLARING** of **EUTHANASIEVERZOEK**?

.....

- orthopedische prothese
 zwanger

(mal)nutritie

Indien één van de cursieve item werd aangeduid, kruis dan malnutritie aan.

valscreening

opname omwille van val ja neen
val tijdens de laatste 6 mnd ja neen
mobiliteitsproblemen ja neen
evenwichtsproblemen ja neen
neemt u meer dan 5 ja neen
geneesmiddelen

valpreventie

aard:
verzorging:

op spoed gescreend
Indien één van de **cursieve items** werd aangeduid: roze wisser gebruiken en gram-negatieven en MRSA aanduiden op labo bon, zoniet blauwe wisser gebruiken.

DADELIJK ISOLEREN:

- Verbleef in buitenlands ziekenhuis
 Woont in buitenland en

Indien 1 item is aangeduid:
 DOS invullen!

Indien 2 of meer items zijn aangeduid:
 risicopatiënt
 inschakelen liaison geriatrie
 niet inschakelen: reden:
.....

ziekenzalving
datum: / / 20.....

Deze vragenlijst werd zorgvuldig ingevuld:

- met hulp van huisarts met hulp van familie
 zelfstandig ander:

datum opmaak vragenlijst: / / 20.....

e-mail:

handtekening

Voor de OPNAMEVERPLEEGKUNDIGE

- vragenlijst werd volledig overlopen met patiënt
 datum: / / 20.....

naam verpleegkundige (voluit schrijven):
.....

afdeling:

Voor de SPOEDGEVALLENVERPLEEGKUNDIGE

datum: / / 20.....

naam verpleegkundige (voluit schrijven):
.....

.....