

AANVRAAG TOT OPNAME VOOR REVALIDATIE

beddencoordinator.rms@noorderhart.be

tel: 011 809 202 fax: 011 649 889

1. ALGEMENE GEGEVENS VERWIJZENDE INSTANTIE

Datum aanvraag (zie faxdatum): / /

Vermoedelijk ontslagklaar op / /

Contact gegevens verwijzende instantie:

Naam instelling:

.....
.....

Contactpersoon 1:

Tel.: E-mail:

Contactpersoon 2:

Tel.: E-mail:

2. ADMINISTRatieve GEGEVENS

<u>PATIËNTENVIGNET</u>	
NAAM + VOORNAAM
GEBOORTEDATUM / /
ADRES
POSTCODE GEMEENTE
BEHANDELEND ARTS
HUISARTS
MUTUALITEITSVERBOND CODE GERECHTIGDE
RIJKSREGISTERNUMMER

Kamerkeuze: privé kamer (supplement 35€)

2-persoonskamer

Datum opname in het verwijzend ziekenhuis: / /

Naam + tel. Huidige ziekenhuisdienst:



3. SOCIALE GEGEVENS

Contactpersonen

1. Naam, verwantschap, telefoon, gsm-nr.:

2. Naam, verwantschap, telefoon, gsm-nr.:

Woonvorm vóór ziekenhuisopname*

- alleenwonend andere vorm: serviceflat
 met zelfredzame partner woon- en zorgcentra
 met zorgbehoevende partner andere:

inwonend bij:

Mantelzorg vóór ziekenhuisopname

- familie kennis / buren
 andere:

Professionele zorg vóór ziekenhuisopname

- bejaarden- /gezinshulp poetsdienst
 thuisverpleging maaltijdbedeling
 andere:

Welke toekomstmogelijkheden worden voorzien na revalidatie

- terugkeer naar huis naar familie
 woon- en zorgcentra serviceflat
 preventieve wachtlijst gestart:

andere:.....

Professionele zorg noodzakelijk na revalidatie

Mantelzorg

- familie kennis / buren andere:

Reeds aangevraagde professionele zorg

- bejaarden- /gezinshulp poetsdienst
 thuisverpleging maaltijdbedeling
 andere:

Reeds aangevraagde sociale voordelen

- IT / IVT tegemoetkoming hulp aan bejaarden
 zorgverzekering VAPH
 andere:

Bijkomende informatie:

Voorlopig bewind: Neen Ja, wie:

***= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren**



4. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS*

Contactgegevens: Tel:.....

Temperatuur*

Datum: / / Resultaat:.....

Voeding*

dieet: neen ja:
slikproblemen: neen ja:
aangepaste voeding: neen ja:
PEG-sonde: neen ja:
Nasogastrische sonde: neen ja:

Uitscheiding*

verblijfsonde suprapubische sonde > datum: / /
 colostomie ileostomie urostomie

Tracheacanule

neen ja > datum: / / Type:.....

Katheterisatie

centraal veneuze perifere veneuze port-a-cath PICC: datum: / /

Decubituswonden*

1^e graad 2^e graad 3^e graad
 geïnfecteerd niet geïnfecteerd
Plaats: stuit hielen andere

DNR code:

Wondzorg/ verwijderen hechtingen:

.....
.....

Vrijheidsbeperking/ fixatie:

.....
.....

Valgeschiedenis:

.....
.....

*= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren



ADL-score (Katzschaal) op datum van aanvraag*

MMSE: /30

criterium	score	1	2	3	4
wassen		Kan zichzelf wassen zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
kleden		Kan zichzelf helemaal aan- en uitkleden zonder hulp	Heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	Heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
verplaatsen		Kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	Heeft volstrekte hulp van derden nodig om op te staan en zich te verplaatsen	Is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
toiletbezoek		Kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen	Heeft gedeeltelijk hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel
continentie		Is continent voor urine en faeces	Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of stoma)	Is incontinent voor urine (incl. mictietraining)	Is incontinent voor urine en faeces
eten		Kan alleen eten en drinken	Heeft vooral hulp nodig om te eten of te drinken	Heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	De patiënt wordt gevoed.

criterium	score	1	2	3	4	5
tijd		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag een probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen o.w.v. gevorderde toestand
plaats		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag een probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen o.w.v. gevorderde toestand

criterium	score	1	2	3	4	5
nachtelijke onrust		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand
verbaal storen		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand
destructief gedrag		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand
beschuldigend gedrag		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand
rusteloos gedrag		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand
decorum verlies		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v.

*= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren



						gevorderde toestand
wegloopgedrag		Nooit	Nu en dan, zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer o.w.v. gevorderde toestand

5. MEDISCHE GEGEVENS

Allergie:

Hoofddiagnose* of aandoening waarvoor de behandeling in revalidatie wordt aangevraagd + datum ontstaan:

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

Huidig functioneren*:

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

Andere medische problemen en significante antecedenten:

diabetes: insulineafhankelijk? neen ja, schema in bijlage

chemotherapie: voortzetten tijdens revalidatie? neen ja, frequentie:

dialyse: voortzetten tijdens revalidatie? neen ja, frequentie:

Indien operatie: datum: / /

aard:

Bij fractuur/prothese vermelding van het verder te volgen beleid:

percentage steunname:

mobilisatie:

bijzondere aandachtspunten:

*= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren



Bij coma:

aard coma:

periode en duur coma:.....

status: UWS MRS

bijzondere aandachtspunten:

Multiresistente kiemen*:

MRSA* CPE VRE andere:

(neus-keel-rectum)

*Indien positief: 3x negatieve screening nodig!

Datum afname:/..../.....

Infecties

COVID-19

resultaat PCR..... datum PCR: /..../

resultaat PCR..... datum PCR: /..../

resultaat CT-scan:..... datum CT-scan: /..../

resultaat CT-scan:..... datum CT-scan: /..../

Reeds gestart met revalidatietherapie?

Neen

Ja*:

K30

K45

K60

R30

R60

+ AANTAL SESSIES REEDS ONTVANGEN:

* Indien van toepassing: de verslagen van kinesithherapie, ergotherapie, psychologie en logopedie bijvoegen.

Advies revalidatie indicatie door fysische geneesheer of revalidatie arts (functionele prognose)

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

***= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren**



Bijlages:

- huidig medicatieschema bijgevoegd*
- verslag van andere behandelende geneesheerspecialist bijgevoegd (indien van toepassing)
- verslagen van kinesitherapie, ergotherapie, psychologie en logopedie (indien van toepassing)

Belangrijk!

Voor specialiteiten terugbetaald op advies Raadgevend Geneesheer: attest: ja neen

in aanvraag*

Na transfer naar het revalidatiecentrum zal het definitief ontslagrapport opgestuurd worden naar de behandelende geneesheer van het Revalidatie en MS.

Stempel + handtekening van de behandelend geneesheerspecialist:

*= verplicht in te vullen om de aanvraag ontvankelijk te kunnen verklaren