

PATIENTANAMNESE



Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef Malle
Warm in zorg, professioneel in handelen

Oude Liersebaan 4 - 2390 Malle
 tel. 03 380 20 11 | fax 03 380 28 90
 azsintjozef@emmaus.be | www.azsintjozef-malle.be
 AZ Sint-Jozef Malle maakt deel uit van vzw Emmaüs

AZ Sint-Jozef Malle behaalde het NIAZ Qmentum kwaliteitslabel.



Geachte mevrouw, mijnheer, juffrouw,

Wij heten u van harte welkom in ons ziekenhuis. Wij zullen ons uiterste best doen om uw verblijf bij ons zo aangenaam en zo professioneel mogelijk te laten verlopen; om dit te realiseren, verkrijgen we graag van u of uw familie de noodzakelijke informatie via dit formulier. De verpleegkundige overloopt met u deze informatie bij opname.

Etiket	Contactpersonen: 1) naam: tel / gsm: relatie: 2) naam: tel / gsm: relatie:
--------	--

Gelieve in te vullen welke medicatie u thuis gebruikt. Breng deze ook mee bij de opname.

naam	dosis	morgen	middag	avond	slapen

Ik verklaar dat ik voldoende informatie heb gehad. Ik weet dat ik met vragen terecht kan bij de verpleegkundige.

1. Allergieën

1. Bent u allergisch aan bepaalde medicatie; verzorgingsmateriaal of ontsmettingsstoffen?
 Zo ja, aan welke en wat waren de symptomen? a Lokale huidreactie, b Huidreactie of zwelling, c Bloeddrukproblemen,
 d Ademhalingsstoornissen of e Bewustzijnsverlies

2. Wordt u behandeld voor **suikerziekte**? Krijgt u inspuitingen of neemt u speciale tabletten?

3. Neemt u **ontstekingsremmers**? bv. Brufen, Voltaren, enz.
 Moest u die in overleg met uw arts stopzetten?

4. Bloedverdunnende middelen

Neemt u bloedverdunders?
 bv. Plavix (Clopidogrel), Ticlid, Marcoumar, Marevan, Sintrom, Efiend (Prasugrel), Brilique (Ticagrelor)
 Moest u die in overleg met uw arts stopzetten?
 Neemt u Xarelto (Rivaroxaban), Pradaxa (Dabigatran), Eliquis (Apixaban),
 Lixiana (Endoxaban), Arixta (Fondaparinux)?
 Heeft u deze in overleg met uw arts moeten stopzetten? Sinds hoe lang?

Voorbehouden aan de verpleging

Datum:

Naam:

Handtekening:

Thuisituatie voor opname: (omcirkelen en/of invullen)

Woont:	alleen	bij partner/familielid	bij zorgbehoevende partner	in een zorgcentrum Welk?
Hulp van:	familie dagopvang	thuisverpleging warme maaltijden	poetsdienst gezins- en bejaardenhulp	vrienden
Zorgbehoefte:				
WC gebruik:	zelfstandig Incontinent voor: Indien ja, welke incontinentiemiddelen gebruikt u?	gedeeltelijke hulp urine	volledige hulp stoelgang
Hygiëne:	zelfstandig	gedeeltelijke hulp	volledige hulp	
Mobiliteit:	zelfstandig	gedeeltelijke hulp	volledige hulp	
Voeding:	zelfstandig	gedeeltelijke hulp	volledige hulp	

Voeding:

NRS: Nutritional Risk Screening - 2002					
RISICO				ja	neen
1. Hebt u de voorbije week minder gegeten?					
2. Verloor u de laatste 3 maanden ongewenst gewicht?					
3. Hebt u last bij het slikken?					
4. Voelt u zich ernstig ziek? Heeft dit een invloed op uw voeding?					
Voor de verpleging					
<input type="checkbox"/> Indien ja geantwoord op één of meerdere vragen, contacteer de diëtiste					

Volgt u een dieet? Zo ja, welk?

Hebt u een allergie aan bepaalde voedingsbestanddelen? Zo ja, welke?

Krijgt u thuis zuurstof? Zo ja, hoeveel?

Gelieve deze kader in te vullen (behalve voor patiënten in het daghospitaal):

GRP: Geriatrisch Risico Profiel			
RISICO	OMCIRKEL	ja	neen
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (bv. delirium, dementie, desoriëntatie).		2	0
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner/familie.		1	0
3. Moeilijkheden bij stappen/transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden.		1	0
4. Gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden.		1	0
5. Gebruik van ≥ 5 geneesmiddelen.		1	0
	Totaalscore

Voor de verpleging

- Indien cijfer ≥ 2 verwittig Geriatrisch Liaison Team (via opvolglijsten KWS)).
- Indien sociale dienst nodig (via opvolglijsten KWS), vermeld reden:
- Indien afhankelijk in nazorg (6 weken niet steunen, sondevoeding, reva noodzakelijk ...), verwittig sociale dienst.
- Indien gevallen in de afgelopen 6 maanden en V.K. is van oordeel dat er een valrisico is, verwittig Expertise Team Vallen (via opvolglijsten KWS).

Algemene informatie: (invullen of omcirkelen)

Gewicht: lengte:
Bloeddruk: hartslag/min.:
Taal: Nederlands Frans Engels andere:
Beroep:
Zicht: bril contactlenzen blind kunstoo
Gehoor: hoorapparaat links/rechts doof
Spraak: afasie dysfasie
Prothese: tandprothese arm been pruik
Toxische gewoonten: roken zo ja, hoeveelheid:
alcohol zo ja, hoeveelheid:
drugs zo ja, hoeveelheid:
Hebt u ooit doorligwonden gehad? zo ja, op welke plaats:
Hebt u ooit MRSA (ziekenhuisbacterie) gehad?
Lijdt u aan een besmettelijke ziekte bv. hepatitis, aids ...?
Heeft u een negatieve wilsverklaring of wilsverklaring euthanasie?

Geestelijke gezondheidszorg:

Bent u de laatste tijd: neerslachtig angstig gedesoriënteerd / verward
Is er sprake van: storend gedrag wegloopgedrag
Is er in de voorgeschiedenis sprake van: nachtelijke onrust of verwardheid
verwardheid bij vroegere ziekenhuisopname / operatie

Indien u wordt geopereerd of een onderzoek onder anesthesie ondergaat gelieve dan volgende vragen in te vullen:

Voor welke ingreep of onderzoek wordt u nu opgenomen?
En, indien voor u van toepassing: aan welke zijde van uw lichaam wordt u geopereerd?.....
1. Werd u reeds vroeger geopereerd? 1
1.a Welke operaties en wanneer? 1.a
.....
.....
1.b Op welke manier werd u verdoofd? 1.b
.....
1.c Vertoonde u ongewone reacties na een plaatselijke of algemene verdoving? 1.c
.....
1.d Had u last van misselijkheid of braken na de verdoving? 1.d
.....
1.e Zijn er familieleden met anesthesieproblemen? 1.e
.....
2. Wat is uw bloedgroep? (gelieve uw bloedgroepkaartje toe te voegen) 2
.....
3. Kreeg u reeds bloedtransfusies en waarom? 3
.....
4. Lijdt u aan een hartziekte of hebt u ooit hartproblemen gehad? 4
.....

5. Bent u kortademig of krijgt u soms een beklemmend gevoel bij inspanning? 5
6. Hebt u reeds flebitis (aderontsteking) gehad? 6
7. Wat is uw bloeddruk gewoonlijk? 7
- 7.a Hebt u last van hoge bloeddruk? 7.a
- 7.b Hebt u last van een lage bloeddruk? 7.b
- 7.c Als u medicatie inneemt voor uw bloeddruk, wat is uw bloeddruk dan? 7.c
8. Lijdt u aan ademhalingsstoornissen, astma of bronchitis? 8
9. Bent u in behandeling voor een zenuwziekte? 9
10. Lijdt u aan een oogziekte? 10
- 10.a Gebruikt u oogdruppels? Zo ja, welke? 10.a
11. Lijdt u aan een andere ziekte? 11
12. Bent u op dit moment verkouden en/of hebt u op dit moment griep? 12
13. Blijft u lang nabloeden na een verwonding of tandextractie? 13
14. Hebt u regelmatig maaglast? 14
- 14.a Hebt u ooit een maagbloeding/ulcus gehad? 14.a
15. Wenst u nog andere bijzonderheden te vermelden? 15
16. Voor de dames: bent u op dit moment zwanger? 16

Belangrijke opmerkingen:

- Tot 6 uren voor de ingreep: eten en drinken.
- 24 uren voor de operatie: niet meer roken.
- Breng uw CPAP-toestel mee naar het ziekenhuis (indien van toepassing).
- Tandprothese, bril, hoorapparaat, kammen, contactlenzen, piercings, ringen enz. uitdoen voor het vertrek naar de operatiezaal.
- Voor de dames: geen make-up, geen nagellak, geen spannende kledingstukken (geen bh, spannende mouwen of dergelijke).
- Geen voertuig (auto, fiets, motor) te besturen en geen machines te bedienen tot 12 uur na de behandeling.
- Zorg ervoor dat u gedurende de eerste 24 uur na de behandeling niet alleen bent.

Toestemming tot anesthesie:

Ik bevestig dat ik voldoende inlichtingen en het bijgevoegde blad 'anesthesie in AZ Sint-Jozef Malle' heb gekregen en gelezen. Ik geef aan de geneesheren van de dienst anesthesie-reanimatie mijn toestemming om een anesthesie te verrichten en de bijhorende medische procedures uit te voeren.

Datum:

Naam:

Handtekening:

Voorbehouden aan de geneesheer-anesthesist:

Ik bevestig dat de patiënt (of ouder, voogd van de patiënt) uitleg heeft gehad over zijn anesthesie en ben van oordeel dat de patiënt (of ouder, voogd van de patiënt) de voordelen en de mogelijke risico's heeft begrepen.

Datum:

Naam:

Handtekening: