

Aanvraag tot opname op sp-afdeling:

sp chronische sp neuro sp cardiopulmonair

Om de opname van uw patiënt zo vlot mogelijk te laten verlopen, vragen wij u dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk in te vullen. Bezorg het aan het secretariaat van onze sociale dienst: secretariaat.socialedienst@azstlucas.be.

In multidisciplinair overleg screenen we uw aanvraag op de hierboven aangeduide afdeling. We laten u binnen de week per e-mail weten of uw aanvraag goedgekeurd werd of niet, met vermelding van de reden (bij weigering). De patiënt wordt op de wachtlijst geplaatst. Bij mogelijkheid tot transfer brengen we u onmiddellijk op de hoogte.

GEGEVENS AANVRAGER

Datum aanvraag: _____ / _____ / _____

Naam aanvrager: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

PATIËNTGEGEVENS

Naam: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: _____ / _____ / _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens ziekenfonds: _____

Huisarts: _____

Contactpersoon: _____

Relatie tot patiënt: _____

Afdeling waar patiënt nu verblijft: _____

Naam hoofdverpleegkundige van de afdeling: _____

Telefoon hoofdverpleegkundige: _____

Opnamedatum hospitalisatie: _____ / _____ / _____

Kamerkeuze: tweepersoons eenpersoons

Ontslag mogelijk vanaf: _____ / _____ / _____

Aantal bijlagen: _____

Naam patiënt: _____

SOCIALE GEGEVENS PATIËNT**Thuisituatie**

Burgerlijke staat: _____

Woonsituatie voor de ziekenhuisopname:

- Met partner
- Alleenwonend
- Inwonend bij: _____
- Instelling/WZC: _____

Thuishulp vòòr de opname (+ frequentie):

- Thuisverpleging: _____ / dag - week - maand
- Poetsdienst: _____ / dag - week - maand
- Bejaardenhulp: _____ / dag - week - maand
- Maaltijden: _____ / dag - week - maand
- Andere: _____
- Hulpmiddelen: _____

Ontslagplanning

Visie / advies sociale dienst: _____

Visie / verwachtingen patiënt/familie: _____

Doel bij ontslag:

- Naar huis / naar huis met hulp:

	Al aangevraagd	Nog aan te vragen	Niet nodig
Thuisverpleging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poetsdienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bejaardenhulp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maaltijden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____			
Hulpmiddelen: _____			

- Hersteloord / kortverblijf / revalidatie

- Terug naar instelling / WZC

- Opname in WZC:

Procedure al gestart: ja / neen

Wachlijst (min. 4): _____

Zelfbetalend / tussenkomst OCMW

Datum aanvraag bevoegd OCMW: ____ / ____ / ____

Datum akkoord OCMW-raad: ____ / ____ / ____

- Palliatief beleid

- Andere: _____

Naam patiënt: _____

Bewindvoering

Ja / Nee

Contactgegevens: _____

Procedure gestart: Ja / Nee

Datum: _____ / _____ / _____

Kanton: _____

Contactpersoon familie

Naam: _____

Aandachtspunten (relatie familie, financiële gegevens ...): _____

Aangevraagde tegemoetkomingen (THAB, mantelzorgpremie ...): _____

MEDISCHE GEGEVENS PATIËNT**Indicatie tot opname** op een sp chronische / neuro-locomotorische revalidatie / cardiopulmonaire revalidatie:_____
_____**Huidige belangrijke diagnose** met functionele weerslag + aanvangsdatum:

Evolutie: _____

Prognose: _____

Bijkomende diagnoses die een belangrijke invloed hebben op de huidige problematiek (chirurgisch / internistisch):

Aanvangsdatum

Problematiek

Vroegere ziektes en operaties en eventuele weerslag op huidige conditie van de patiënt:

Aanvangsdatum

Problematiek

Naam patiënt: _____

Middelenmisbruik

Ja / Nee

 Nicotine: _____ Ethyl: _____ Benzodiazepines: _____ Andere: _____**MMSE / Clocktest:** _____**Diagnose dementie** Ja: vul de 'Verklaring diagnose dementie' achteraan dit formulier in. Nee**MRSA screening**

Ja / Nee

Datum laatste screening: _____ / _____ / _____

Resultaat: Positief / Negatief

Herkomst positieve cultuur: Neus Keel Sputum Perineum Wonde Urine

Indien positief, behandeling: _____

Clostridium difficile status Negatief stoelgangstaal Positief stoelgangstaal Therapie

Behandeling: _____

TBC-screening

Ja / Nee

Resultaten van recente onderzoeken (lab, CT, echografie ...): voeg toe als bijlage

Naam patiënt: _____

VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS PATIËNT**Relevante gegevens m.b.t. (eventuele) revalidatie en psycho-soiaal functioneren:**Bereid tot revalidatie: Ja NeenProblemen met: Visus GehoorCommunicatievermogen: Gestoord Niet gestoordCognitieve stoornissen m.b.t.: Aandacht Geheugen Taal Praxis Planning en aansturing van het handelen Logisch denkenOriëntatie in tijd: Goed Nachtelijk verward Continu verward**KATZSCHAAL**

criterium	Score	1	2	3	4
Zich wassen		kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of 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
Zich kleden		kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke 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
Transfer en verplaatsingen		is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel ...)	heeft volstrekte hulp nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
Toiletbezoek		kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de drie items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
Continentie		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine en faeces (incl. blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (incl. mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
Eten		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken
Tijd (2)		geen probleem	nu en dan, zelden problemen	bijna elke dag problemen	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
Plaats (2)		geen probleem	nu en dan, zelden problemen	bijna elke dag problemen	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

Naam patiënt: _____

VERKLARING DIAGNOSE DEMENTIE

Verklaring als aanvulling op de Katzschaal ter staving van het D-forfait.

Dit attest moet ingevuld worden als uw patiënt een diagnose dementie heeft.

Het attest wordt ingevuld en ondertekend door de neuroloog, de psychiater of geriater.

Ondergetekende dokter _____ verklaart dat

Mevr/mr _____ een diagnose dementie heeft

sinds ___ / ___ / _____.

Datum + handtekening specialist: