



Witte Meren vzw

MEDISCH DOSSIER



WZC Ten Hove

*Dit formulier maakt deel uit van het aanvraagdossier voor de opname, het kortverblijf of de aanvraag voor dagopvang in WZC De Witte Meren en/of Ten Hove in Mol. Om de hoogdringendheid van de zorgvraag correct in te kunnen schatten, vragen we om dit document zo volledig en nauwkeurig mogelijk in te vullen. **Een geprinte versie van de medische voorgeschiedenis en medicatiefiche kan een deel van deze lijst vervangen.***

Gegevens patiënt(e)

Naam en voornaam: Geboortedatum:/...../.....

Adres:

Gegevens behandelende arts

Naam en voornaam:

Adres praktijk:

Ademhalingsstelsel

.....
.....

Cardiovasculaire antecedenten

.....
.....

Spijsverteringsstelsel

.....
.....

Bewegingsstelsel (hulpmiddelen, prothese, evenwichtsstoornissen,...)

.....
.....

Neurologische aandoeningen

.....
.....

Nieraandoeningen

.....
.....

Functionele beperkingen (visus/gehoor/mobiliteit)

Voeding

Diabetes 0 ja 0 nee
Dieet 0 ja 0 nee specificeer:.....
Overgewicht 0 ja 0 nee
Ondergewicht 0 ja 0 nee
Dehydratatie 0 ja 0 nee
Andere

Medicatie (medicatiefiche minder dan 3 weken bijvoegen)

Besmettelijke ziekten

Cognitief functioneren (laatste score MMSE, neurologische test, ...)

Psychisch welzijn

Nachtelijke onrust 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Angstig gedrag 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Rusteloos gedrag overdag 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Verbaal storend gedrag 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Wegloopgedrag 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Alcoholmisbruik 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Medicatiemisbruik 0 nee 0 ja 0 sporadisch
Roken 0 nee 0 ja 0 sporadisch

Huidige behandeling

	Naam	frequentie
Psycholoog/psychiater		
Nierdialyse		
Chemo- en/of radiotherapie		
Kiné		
Logo		
...		

Vroegtijdige zorgplanning

DNR- beleid 0 ja 0 nee
Wilsbeschikking euthanasie 0 ja 0 nee

Negatieve wilsverklaring	0 ja	0 nee
Wettelijke vertegenwoordiger	0 ja	0 nee

Zijn er naar jouw mening omstandigheden die een rol spelen in de dringendheid van de opname?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ik, ondergetekende, Dr., verklaar op mijn eer, dat al deze gegevens van dit document ingevuld, volledig en correct zijn.

Ondertekening document op datum / ... / te

Handtekening en stempel van de behandelende arts,

BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

Identificatiegegevens rechthebbende :

NAAM – VOORNAAM :

Riziv-nummer van de instelling :

Rijksregisternummer :

A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe 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 gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen 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 worden geholpen 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 van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden 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
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief 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 gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren

OF: de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C categorie

categorie D aangevraagd ⁽¹⁾

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd ⁽¹⁾

B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):

C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige ⁽¹⁾	Datum: /...../.....	Handtekening:
--	---------------------------------	---------------

BELRAI LTCF – info arts bij opnamebeoordeling

Dit document heeft een BelRAI indicator LTCF nodig voor een correcte opnamebeoordeling. Samen met de observaties van het zorgteam en informatie van de bewoner en zijn familie, streven wij naar een correcte beoordeling. De resultaten van de BelRAI LTCF worden mee gebruikt in de opmaak van een kwaliteitsvolle zorgplanning.

NAAM BEWONER: _____

SECTIE B Voorgeschiedenis

- Voorgeschiedenis van psychische aandoeningen of verstandelijke beperking. Ja – Nee (*omcirkel*)

SECTIE I Ziektebeelden

Antwoordmogelijkheden:

- 0 = afwezig
- 1 = primaire diagnose voor huidige zorgperiode
- 2 = diagnose aanwezig, actieve behandeling
- 3 = diagnose aanwezig, wordt opgevolgd, maar geen actieve behandeling

Spieren en skelet	
Heupfractuur in de laatste 30 dagen	
Andere fractuur in de laatste 30 dagen	
Neurologisch	
Ziekte van Alzheimer	
Dementie anders dan de ziekte van Alzheimer	
Hemiplegie	
Multiple sclerose (MS)	
Paraplegie	
Ziekte van Parkinson	
Quadriplegie	
Beroerte (CVA)	
Hart of longstelsel	
Aandoening hartkransslagader	
Hartfalen	
Chronische obstructie van de luchtwegen	
Psychiatrisch	
Angst	
Bipolair syndroom	
Depressie	
Schizofrenie	
Infecties	
Longontsteking	
Urineweginfectie in de laatste 30 dagen	
Andere	
Kanker	
Diabetes mellitus	
Cerebral Palsy (hersenvlamming)	
Sepsis	

SECTIE J Gezondheidsproblemen

- Terminaal stadium van ziekte, 6 maanden of minder te leven: Ja – Nee (*omcirkel*)

SECTIE N Geneesmiddelen

- Allergie voor geneesmiddelen: Ja – Nee (*omcirkel*)

SECTIE O Behandelingen en procedures

- Colonscopie in de laatste 5 jaar: Ja – Nee (*omcirkel*)
- Griepvaccin in het laatste jaar: Ja – Nee (*omcirkel*)
- Mammografie of borstsonderzoek in laatste 2 jaar (vrouwen): Ja – Nee (*omcirkel*)
- Pneumokokkenvaccin in de laatste 5 jaar of na de leeftijd van 65 jaar: Ja – Nee (*omcirkel*)
- Ziekenhuisverblijf: opname in acuut ziekenhuis met minstens één doorgebrachte nacht in de laatste 90 dagen: (*aantal opnames*)

Bedankt voor het invullen van dit document en samen te werken aan onze kwaliteitsvolle zorg!

Ingevuld door:

Datum:



Witte Meren vzw

D'-profiel



WZC Ten Hove

Ondergetekende,, huisarts, verklaart dat bij meneer/mevrouw
....., geboortedatum / /,

de diagnose van dementie werd vastgesteld als gevolg van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie opgesteld door een geneesheer – specialist in de neurologie, in de geriatrie of de psychiatrie. Dit bilan is in een schriftelijk verslag opgenomen en bevindt zich in het medisch dossier van de patiënt.

Ondertekening document op datum / / te

Handtekening en stempel van de behandelende