

# Overdrachtsformulier Palliatieve Zorg

## Ponsplaatje

Naam:	Geboortedatum:	M / V
Adres:	Woonplaats:	Tel.nr. :
Zorgverzekeraar:	Verzekeringsnr:	BSN :

Datum overplaatsing:

Van :

Afd:

Tel.nr. :

Naar :

### Contactpersonen van de patiënt / cliënt

Huisarts / waarnemer:                      Tel.nr. praktijk:                      Tel.nr. : 06 - .....

Behandelend huisarts:  is zelf bereikbaar

draagt de zorg deeltijds over aan de huisartsenpost  
op.....dag van .....tot .....uur.

alleen bereikbaar bij vooraf aangegeven situaties:

Hoofdbehandelaar (Regiehouder) + discipline:

Tel.nr. :

De hoofdbehandelaar kan wel / niet buiten werkuren bereikt worden.

Medebehandelaar + discipline:

Tel.nr. :

Contactpersoon 1 (relatie/mantelzorg):

Tel.nr. :

Contactpersoon 2 (relatie/mantelzorg):

Tel.nr. :

Er is inzet van de thuiszorg

ja  nee  n.v.t.

Naam contactverpleegkundige/verzorgende:

Tel.nr. :

Draagkracht Mantelzorg

goed  voldoende  zorgelijk  n.v.t.

**1. Algemeen**

(zie ook relevante specialisten brieven en/of medisch dossier)

Reden van overdracht:

Diagnose:

Hoofddiagnose bekend sinds:

Comorbiditeit:

Pijndiagnose:

Andere specifieke aandachtspunten:

Behandeling tot op heden + effect:

Huidige situatie + behandeling:

Te verwachten problemen + advies

Informatie/afspraken mbt de ziekte/prognose besproken met patiënt en naasten:  ja  nee**2. Beleidsafspraken**

Reanimeren

 ja  nee  niet besproken

Nog bereid tot ziekenhuisopname zo nodig

 ja  nee  niet besproken

Beademing / IC

 ja  nee  niet besproken

Antibiotica bij levensbedreigende infecties

 ja  nee  niet besproken

Bloed(producten)transfusie

 ja  nee  niet besproken

Wilsverklaring aanwezig

 ja  nee

Wensen m.b.t. het levenseinde:

**Zijn er relevante afspraken m.b.t.:**

(nu aanwezig)

beleid

Infuus behandeling

- Centrale lijn / perifeer infuus / subcutaan

 ja  nee

.....

- Epidurale /spinale toediening

 ja  nee

.....

Voedingssonde / hevelsonde

 ja  nee

.....

Zuurstof toediening

 ja  nee

.....

Pleuradrainage / ascitesdrainage

 ja  nee

.....

Anders:

 ja  nee

.....

**3. Medicatie bij overplaatsing****Medicatie**

zie bijlage AMO

Opmerkingen ten aanzien van medicatie:

**Allergieën** ja  nee

Pleister / Jodium / Geneesmiddelen:

**Laboratorium**

Laatst gemeten Kreatinine klaring en essentiële afwijkende bloedwaarden (bijv. Hb, Ca, K):

**Naam en handtekening arts**

Datum:

Tel.nr. / pieper:

Voor collegiaal overleg te bereiken op nummer:

## 1. Relevante informatie ten aanzien van verloop lichamelijke symptomen

**Pijn**

Problemen met pijn  ja  nee

Omschrijving plaats /houdingsafhankelijkheid/soort pijn:

Pijnscore gemeten  ja  nee

Gemeten met :

Verloop (vermeld eventueel de pijnscores):

Pijnbeleving:

Pijngedrag:

Adviezen ten aanzien van omgaan met pijnmedicatie:

Bijzonderheden:

**Vermoeidheid**

Problemen met vermoeidheid  ja  nee

Toelichting:

Bijzonderheden:

**Ademhaling**

Problemen met ademhaling  ja  nee

Toelichting:

Gebruikt zuurstof:  ja  nee

Namelijk: .....liter O2  continu  bij inspanning

Leverancier:

Bijzonderheden bij inspanning:

**Misselijkheid en/of braken**

Problemen ten aanzien van misselijkheid en/of braken  ja  nee

Toelichting:

Hevelsonde  ja  nee

Sinds:

Adviezen ten aanzien van omgaan met misselijkheid en/of braken:

Bijzonderheden:

**Voeding en stofwisseling**

Problemen met eten en drinken  ja  nee

Toelichting:

Gebrek aan eetlust  ja  nee

Advies:

Slikproblemen  ja  nee

Advies:

Dieet  ja  nee

Toelichting:

Voedingssonde  ja  nee

Type:  Neus-maag  Neus-duodenum  PEG  Jejunostomie

Ingebracht d.d.: Ch :

Wanneer vervangen: Door wie:

Hoeveelheid en soort sondevoeding:

Vochtinfuus  ja  nee

Type:  centrale lijn  perifeer  subcutaan

Ingebracht d.d.: Infuusvloeistof : Hoeveelheid:

Bijzonderheden:

## Ontlastingspatroon

Problemen met ontlasting  ja  nee  
Namelijk  obstipatie  diarree  
Frequentie: Consistentie: Datum laatste defaecatie:  
Cliënt gebruikt hulpmiddelen voor ontlasting  ja  nee  
 incontinentiemateriaal, nl:  
 ileostoma  colostoma materiaal  eendelig  tweedelig,  merk / type:  
Is hierin zelfstandig  ja  nee  
Leverancier  Bosman  Combicare  Hoogland  anders:  
Bijzonderheden:

## Mictie

Problemen met mictie  ja  nee  
Namelijk:  
Cliënt gebruikt hulpmiddelen voor mictie  ja  nee  
Is hierin zelfstandig  ja  nee  
 Incontinentiemateriaal  
 Urinekatheter Ch: Type:  
Verwisselen op: Inhoud ballon: .....ml.  
 Suprapubische katheter Ch: Type:  
Verwisselen op: Inhoud ballon: .....ml.  
 Nefrostomiekatheter Ch: Type:  
Verwisselen op: Inhoud ballon: .....ml.  
 Intermitterend blaaskatheteriseren: x per dag  
 Blaas spoelen Frequentie: Type blaasvloeistof:  
 Urostoma  eendelig  tweedelig Merk / type:  
Leverancier  Bosman  Combicare  Hoogland  anders:  
Bijzonderheden:

## Slapen en rust

Problemen met slapen  ja  nee  
Namelijk  inslaapproblemen  doorslaapproblemen  
Gewoonten t.a.v. slapen en rust:

## Wonden / decubitus / huidproblemen

Problemen met huid  ja  nee  
Namelijk:  
Locatie van de wond / huidprobleem:  
Beschrijving van de wond / huidprobleem:  
(Wond)beleid:  
Bijzonderheden:  
Antidecubitus matras  ja  nee  
Leverancier:

## Mobiliteit

Problemen met mobiliteit en/of transfers  ja  nee  
Toelichting:  
Gebruik hulpmiddelen:  
Bijzonderheden:

## ADL

Problemen met zelfzorg  ja  nee  
Toelichting:  
Zorg nodig bij:  
Hulpmiddelen (bv. glijlaken)  ja  nee

## 2. Cognitie en waarneming

Problemen met

\* Delier (doorgemaakt)

ja  nee

Namelijk:

\* Oriëntatie

ja  nee

Namelijk:

\* Geheugen

ja  nee

Namelijk:

\* Concentratie

ja  nee

Namelijk:

\* Sufheid

ja  nee

Namelijk:

\* Zien

ja  nee

Namelijk:

\* Horen

ja  nee

Namelijk:

\* Spreken

ja  nee

Namelijk:

Hulpmiddelen voor cognitie / waarneming

ja  nee

Toelichting:

Bijzonderheden:

## 3. Relevante informatie ten aanzien van verloop en omgaan met de ziekte

Ziekte inzicht:

Angst:

Emoties:

Somberheid/neerslachtigheid:

Spanning/stress:

Eenzaamheid:

Schuldgevoel:

## 4. Relevante informatie ten aanzien van psychosociale situatie

Praktische problemen (zorg voor kinderen, huisvesting, financiën, werk etc.):

Gezins-/sociale problemen (omgang en/of zorgen over partner, kinderen, familie, werk etc.):

Bijzonderheden:

## 5. Vragen m.b.t. zingeving, wensen t.a.v. laatste levensfase, religieuze / spirituele vragen, afscheidsriten)

Heeft de patiënt behoefte aan vertrouwelijke gesprekken over bijvoorbeeld zijn of haar leven of ziek zijn, levenseinde, afscheidsmoment, zingeving, levensbalans?  ja  nee

Zo ja met:

Is de patiënt religieus

ja  nee

Te weten:

## 6. CIZ Indicatie

AWBZ indicatie Terminale Palliatieve Zorg afgegeven  ja  nee  
Indien nee: huidige indicatie:  
WMO zorg  ja  nee  
Bijzonderheden:

## 7. Andere betrokken hulpverleners

Specialistisch verpleegkundige  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Fysiotherapie  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Geestelijke verzorging  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
GGZ  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Maatschappelijk werk  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Psycholoog  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Diëtetiek  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :  
Andere  ja  nee  
Naam: Tel.nr. :

Met collegiale groet,

**Naam (verpleegkundige / verzorgende):**

Afdeling / wijk:

Tel.nr. :

Datum: