



## OPNAME

### Opname in het ziekenhuis

Alle aanvragen voor opname moeten worden ingevuld door de artsen en worden ingediend volgens onderstaande [opnamedossier](#).

Voor alle inlichtingen kunt u terecht op het nummer 02 854 10 80 of [admin@silva-medical.be](mailto:admin@silva-medical.be)

### **OPNAMEDOSSIER** (in te vullen door de sociale dienst)

---

Gehospitaliseerd in : ..... sinds : ..... om .....uur  
In de dienst : ..... Telefoon : .....

---

NAAM en VOORNAAM van de patiënt : .....  
Sexe : M V  
Geboortedatum –en plaats : .....  
Burgerlijke staat : .....  
Adres : .....  
.....  
Nationaliteit : .....  
Taal : .....  
Mutualiteit : ..... Code tit. : ..... / ..... N.N. : .....

Huisarts : .....  
Adres en telefoon : .....

### **TE VERWITTIGEN NAASTEN :**

- 
1. NAAM en VOORNAAM : .....  
Adres : .....  
Telefoon : .....  
Verwantschap : .....
  2. NAAM en VOORNAAM : .....  
Adres : .....  
Telefoon : .....  
Verwantschap : .....



**TRANSFERT :**

---

Wie heeft de beslissing van de transfert genomen :

.... De patiënt ..... De familie ..... De geneesheer

Heeft de patiënt zijn akkoord gegeven : ..... Ja .... Neen

**FAMILIALE EN SOCIALE CONTEXT :**

**THUISSITUATIE :**

---

Woonplaats : .... Huis .... Appartement .... Verdieping .... Trap .... Lift .... ROB/RVT ... Andere

Thuishulp : \* formeel :  
..... Familiale hulp/thuishulp  
..... Verpleging  
..... Verzorg(st)er  
..... Kinesitherapeut  
..... Alarm  
..... Maaltijden aan huis  
..... Andere

\* informeel :  
..... Familie  
..... Buren  
..... Andere



**FINANCIELE EN SOCIO-PROFESSIONNELE CONTEXT :**

---

Bewindvoerder

Naam en adres : .....

Telefoon : ..... e-mail .....

rekvisitorium : .....

**KAMERKEUZE :**

---

..... Kamer 2 bedden

..... Kamer 1 Bed

..... Medisch isolement

**TOEKOMSTPERSPECTIEF :**

---

- van de patiënt : .....

- van de familie : .....

- reeds ondernomen stappen : .....

..... door de sociale dienst

..... door de familie

..... andere

**NAAM EN VOORNAAM SOCIALE ASSISTENT :** .....

**TELEFOON :** .....

**DATUM :** .....



**OPNAMEDOSSIER** (in te vullen door de geneesheer)

Opnamedatum in akueel ziekenhuis : .....

**AANDOENING DIE DE OPNAME IN EEN AKUEE ZIEKENHUIS RECHTVAARDIGDE :**

**EVOLUTIE IN AKUEE DIENST :**

Medisch : .....

.....

Interventie (indien van toepassing) : .....

.....

**REDEN VAN TRANSFERT :**

**BIJKOMENDE DIAGNOSES :**

**MEDISCHE - CHIRURGISCHE ANTECEDENTEN :**



**GEKENDE ALLERGIEËN :**

---

..... ja

..... neen

**ADVANCED CARE PLANNING/THERAPIE BEPERKING :**

.....  
.....

---

**PROJECT NA REVALIDATE :**

**HUIDIGE KLINISCHE SITUATIE** (in te vullen door de geneesheer)

---

**ALGEMENE TOESTAND :**

.....  
.....

**VOEDINGSSTATUS** .....obesitas ..... cachexie ..... recent gewichtsverlies

**PSYCHISCHE TOESTAND** ..... depressie ..... angstig ..... verward ..... dement

Medewerking : ..... ja ..... neen

Agitatie : ..... ja ..... neen

**HUIDAANDOENING :** o.a. doorligwonden (plaats/stadium/omvang)

.....

**CARDIO-VASCULAIR :**

.....

**ADEMHALING :**

.....



SPIJSVERTERINGSSTELSEL :

.....  
.....

URO-GENITAAL SYSTEEM :

.....  
.....

ZENUWSTELSEL :

.....  
.....

VARIA :

.....  
.....



## Actuele Behandeling

Ten einde een optimale continuïteit van de medische zorg voor uw patiënt te kunnen waarborgen vragen wij u om dit document zo volledig mogelijk te willen invullen..

Voorgeschreven medicatie (met inbegrip van medicatie voor uitwendig gebruik, sprays, druppels, magistrale bereidingen, ...)

Medicatie	Dosering	Posologie				Indicatie	Eventuele opmerkingen Duur van de behandeling Schema van uitzonderlijke inname ...
		's morgens	's middags	's avonds	vóór het slapengaan		

**Allergieën, voedselintolerantie?** ..... ja ..... neen

.....  
.....

Naam + handtekening geneesheer :

.....



**AANVULLENDE INFORMATIE ENKEL IN TE VULLEN IN GEVAL VAN EEN NEOPLASTISCHE AANDOENING** (in te vullen door de geneesheer)

In geval dat de actieve of recente neoplastische aandoening de evolutie van de patiënt op korte of middellange termijn kan beïnvloeden, vragen wij u om enkele punten te verduidelijken. Deze gegevens zijn essentieel voor een optimaal beheer van uw patiënt.

SPECIFIEKE DIAGNOSE :

.....

UITZAAIINGEN :

.....

BEREIKT STADIUM :

.....

SPECIFIEKE THERAPEUTISCHE ANTECEDENTEN :

.....

HUIDIGE BEHANDELING OF EVENTUELE BEHANDELING IN OVERWEGING:

.....

GEGEVENS VAN DE ONCOLOOG OF VAN DE SPECIALIST DIE DE PATIENT VOLGT OF HEEFT GEVOLGD :

.....

INFORMATIE DOORGEGEVEN AAN DE PATIENT EN DE FAMILIE :

.....

VRIJE TEKST :

.....

BEHANDELING :

.....

**N.B.** : Voor patiënten die een geneesmiddel **Bf** toegediend krijgen, is het wenselijk om een kopij van het protocol bij te voegen en te vermelden of :

- Het gaat om een patiënt die reeds een goedkeuring had vóór de opname in uw dienst (de fotokopij van dit akkoord meegeven met de patiënt)

OF

- Het gaat om een behandeling die u hebt opgestart (in dit geval gelieve te vermelden of de documenten werden ingevuld)

--	--

De geneesheer Stempel :  
Telefoon :





## VERPLEEGKUNDIG DOSSIER

Bestemming :

.....  
.....

Identificatievignette van de patiënt

Geobserveerd bij de opname-aanvraag

Datum : .....

Reden van hospitalisatie : .....

Reden van transfert : .....

Telefoonnummers en gegevens van de familie of de naasten : .....

.....  
.....

### DAGELIJKSE HANDELINGEN :

1 = Zelfstandig    2 = Ondersteuning    3 = gedeeltelijke hulp    4 = volledig afhankelijk

Graad hulpbehoevendheid	ITEMS
1 2 3 4	Eten en drinken
1 2 3 4	Zich wassen .... Bed .... lavabo
1 2 3 4	Zich kleden en verzorgen
1 2 3 4	..... toiletbezoek ..... toiletstoel
1 2 3 4	Zich verplaatsen in bed
1 2 3 4	Zich verplaatsen – Hulp nodig : .....
1 2 3 4	Stappen – Hulp nodig : .....

### FYSIEKE BIJZONDERHEDEN

..... zonder steun    ..... gedeeltelijke steun    li ... re .... volledig steunen

..... Spalk    ..... orthese    ..... plaaster    ..... tractie

### LOCALISATIE :

.....  
.....



## COGNITIE EN PERCEPTIE

**Mentale toestand**  alert  geheugenstoornissen  confusie

**Orientatie tijd/ruimte**  goed  verstoord (dikwijls-soms-altijd)

**Veiligheid**  vluchtgedrag  bedbarren

Fysieke contentie (Type .....

**Gedrag**  apathie  agressiviteit  nachtelijke onrust (dikwijls-soms-altijd)

**Communicatie**  gemakkelijk  dysarthrie  onverstaanbaar  afasiek

**Angstniveau**  zwak  middelmatig  ernstig  paniekerig

**Gezichtsverlies**  rechts /  links **Blind**  rechts /  links

**Gehoorverlies**  rechts /  links **Bril**

**Duizeligheid**  indien ja, op welk moment : ..... **Hoorapparaat**  non /  oui

**Ademhaling**  Aérosol (samenstelling) .....

Zuurstof ..... liter / minuut  Tracheostomie

Andere .....

**Stoelgang**

Datum laatste stoelgang .....

diarree  constipatie  incontinentie

colostomie  iléostomie Type : (materiaal) .....

**Urine**

pollakisurie  dysurie  nycturie  hematurie  retentie

Incontinentie  neen  overdag  's nachts

Protectie dag  Protectie 's nachts

cystocath  urostomie  blaassonde +datum plaatsing.....

**Voeding en Hydratie**

Eetlust :  normaal  verhoogd  verlaagd  misselijk  braken

tandprothese  boven  onder

slikproblemen bij ..... Vaste voeding ..... vloeistoffen

gastrostomie  TPN



Type Regime : .....

Gewichtsverlies de laatste 3 maanden : ..... kg  obesitas

Sondevoeding : datum plaatsing .....

Produkt : ..... Hoeveelheid/24 uur ..... Poging tot realimentatie .....

**Infecties door multi-resistente kiemen**

Localisatie : .....

Isolatie  ja  neen

.... MRSA .....BLSE .....Clostridium

andere : .....

Laatste frottis : .....

**Wondzorg**

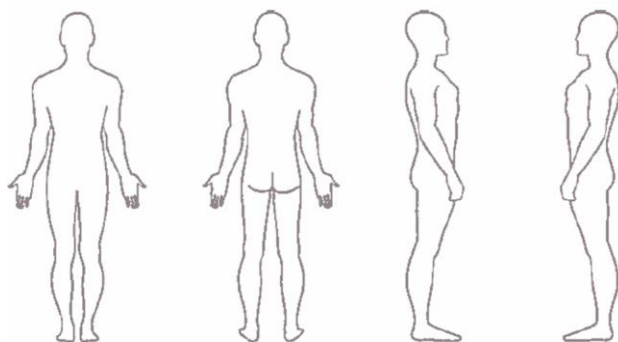
NORTONSchaal ...../ 20

Doorligwonden + localisatie .....

Chirurgische wonde ..... Draadjes ..... te verwijderen op.....

Type verband .....

Situering van verband



**Volgende consultatie** Dr ..... Datum..... Uur : .....

**Bijzonderheden :**

**Gegevens verpleegkundige :**

Naam : .....

Handtekening

Verpleegeenheid .....

Telefoon : .....



**Opnamedossier : KINESITHERAPIE** (in te vullen door de kinesitherapeuten)

---

**MOTORIEK :**

---

- Volledige steun    gedeeltelijke steun (li of re)    steunverbod (li of re)
- steun zonder hulp

**Indien met hulp, preciseer :** .....

**Verplaatsen :** .....

**Trappen :** .....

**Technische bijzonderheden :** .....

**Technische hulp :** .....

**Gewenste behandeling :** .....

**Objectif van de behandeling :** .....

Heeft de patiënt een erkenning van zware pathologie ? Indien ja, fotokopij meesturen  
Indien een hulpmiddel werd voorzien of besteld, gelieve de naam van de firma, evenals de datum van bestelling mee te geven.