

Kruis het antwoord aan dat voor deze patiënt geldt



Over uw patiënt
FORMULIER 2a

Datum

Instellingscode

Afdelingscode

Patiëntnummer Initialen patiënt

Geslacht Vrouw Man Opnamedatum

Gewicht kg Geschat Gemeten

Lengte cm Geschat Gemeten Informed consent Ja Nee

Alleen doorgaan indien patiënt toestemming heeft gegeven!

1. Deze opname was... Gepland Spoedopname Onbekend

2a. Diagnose bij opname (kruis alle mogelijkheden aan)

<input type="checkbox"/> 0100 Infectieziekten	<input type="checkbox"/> 1300 Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel
<input type="checkbox"/> 0200 Kanker	<input type="checkbox"/> 1400 Ziekten van urogenitaal stelsel
<input type="checkbox"/> 0300 Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van immuunsysteem	<input type="checkbox"/> 1500 Zwangerschap, bevalling en kraambed
<input type="checkbox"/> 0400 Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	<input type="checkbox"/> 1600 Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
<input type="checkbox"/> 0500 Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	<input type="checkbox"/> 1700 Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
<input type="checkbox"/> 0600 Ziekten van zenuwstelsel	<input type="checkbox"/> 1800 Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geassocieerd
<input type="checkbox"/> 0700 Ziekten van oog en adnexen	<input type="checkbox"/> 1900 Letsel, vergiftiging
<input type="checkbox"/> 0800 Ziekten van oor en processus mastoideus	<input type="checkbox"/> 2000 Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte (ongeluk, aanslag)
<input type="checkbox"/> 0900 Ziekten van hart en vaatstelsel	<input type="checkbox"/> 2100 Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg
<input type="checkbox"/> 1000 Ziekten van ademhalingsstelsel	
<input type="checkbox"/> 1100 Ziekten van spijsverteringsstelsel	
<input type="checkbox"/> 1200 Ziekten van huid en subcutis	

2b. Hoofddiagnose voor opname (kies één antwoord van bovenstaanden)

3. Welke comorbiditeiten heeft deze patiënt? (kruis het juiste antwoord aan)

Hartfalen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Diabetes type 1 / type 2 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Myocard infarct <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Kanker <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische longziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Infectie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Cerebraal vasculair accident (CVA) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Dementie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Perifeer vasculaire aandoening <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Depressiviteit <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische leverziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Overige psychische aandoening <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische nierziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Overige chronische ziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

4a. Operatie tijdens deze opname	4b. Geplande operatie tijdens opname
<input type="radio"/> Ja, gepland <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, vandaag of morgen
<input type="radio"/> Ja, acuut	<input type="radio"/> Ja, later
Dagen postoperatief <input type="text"/> Dagen	<input type="radio"/> Nee

5. Intensive care opname tijdens deze opname? Ja Nee

6. Is deze patiënt terminaal? Ja Nee Onbekend

7. Vochtbalans Normaal Overvuld Gedehydrerd Onbekend

8. Aantal medicijnen voorgeschreven (VANDAAG) Oraal Overige

9. Is de patiënt geïdentificeerd als (risico op) ondervoeding? Ondervoed Risico Nee Onbekend

Ga naar formulier 2b



Over uw patiënt
FORMULIER 2a

Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Instellingscode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Afdelingscode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patiënt ID

Initialen

10. Vocht Vandaag Electrolytoplossing (NaCl, ringers etc) 5% Glucose oplossing

11. Aantal geplande drinkvoedingen Vandaag

12. Inname voeding Vandaag (kruis de mogelijkheden aan)

Standaard ziekenhuis voeding Ja Nee Onbekend

Verrijkte ziekenhuisvoeding Ja Nee Onbekend

Eiwitrijk supplement (bv drinkvoeding) Ja Nee Onbekend

Enterale voeding Ja Nee Onbekend

Parenterale voeding Ja Nee Onbekend

Speciaal dieet Ja Nee Onbekend

13a. Alle sondes en lijnen Vandaag (kruis de mogelijkheden aan)

Centraal veneus Ja Nee

Neus-duodenum Ja Nee

Perifeer infuus Ja Nee

Jenjunumfistel Ja Nee

Nasogastric Ja Nee

Percutane endoscopische gastrostomie Ja Nee

Neus-jejunum Ja Nee

Percutane endoscopische jejunostomie Ja Nee

13b. Zijn er complicaties geweest bij de sondes / lijnen sinds opname (infecties, obstructies?)

Ja, geweest Ja, nog steeds Nee Onbekend

14. Geef aan of een van onderstaande is gedaan bij deze patiënt sinds de opname (kruis de mogelijkheden aan)

Energiebehoefte bepaald Ja Nee Onbekend

Eiwitbehoefte bepaald Ja Nee Onbekend

Orale inname geregistreerd in patiëntdossier Ja Nee Onbekend

Voedingsbehandelplan gemaakt Ja Nee Onbekend

Voedingsexpert geconsulteerd Ja Nee Onbekend

Voedingsstatus gedocumenteerd in status Ja Nee Onbekend

15a. Energie doel Gisteren

- < 500 kcal
- 500 - 999 kcal
- 1000 - 1499 kcal
- 1500 - 1999 kcal
- >= 2000 kcal
- Niet bepaald
- Onbekend

OF svp invoegen

kcal/kg

15b. Energieinname Gisteren

- < 500 kcal
- 500 - 999 kcal
- 1000 - 1499 kcal
- 1500 - 1999 kcal
- >= 2000 kcal
- Niet bepaald
- Onbekend

OF svp invoegen

kcal/kg

16. Sinds opname is de gezondheidsstatus van de patiënt

- Verbeterd De patiënt is net opgenomen
- Verslechterd Onbekend
- Gelijk gebleven

Dank u!