# PERSOONLIJKE GEGEVENS

Periodieke verpleegkundige/

medische screening

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |            |
| Naam cliënt |       |
| Geboortedatum cliënt |       |
| Naam CB-er |       |
| Naam betrokken huisarts |       |
| Naam betrokken GD |       |
| Indicatie |       |

# ALGEMEEN

**1. Oorzaak verstandelijke beperking**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is de oorzaak van de verstandelijke beperking bekend? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is het team voldoende op de hoogte van het syndroom/chromosoom­afwijking/niet aangeboren hersenletsel? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is er scholing nodig? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:. |

2. Bijkomende diagnosen en probleemlijst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake van andere medische of psychische ziektebeelden? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Zo ja, welke:  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is het team voldoende op de hoogte van de verschillende medische of psychische ziektebeelden? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Is er scholing nodig? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

3. Familieanamnese

|  |
| --- |
| Beschrijf eventuele relevante erfelijke aandoeningen:  |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

4. Behandelaren

|  |
| --- |
| Beschrijf welke behandelaren, paramedici en/of specialisten betrokken zijn:  |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

5. Niveau verstandelijke beperking

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er een niveau bepaling gedaan (IQ: verbaal/performaal?) | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Wat is de ontwikkelingsleeftijd?  |       |
| c. | Gebruikt de cliënt ondersteuning in de communicatie (picto, gebaren)  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Kan de cliënt lezen, schrijven en/of klokkijken?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:.  |

6. Dagbesteding

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Heeft de cliënt passende daginvulling? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Heeft de cliënt een muziekpaspoort?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Heeft de cliënt een beweegplan?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

7. Wettelijke vertegenwoordiging

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Heeft de cliënt een wettelijk vertegenwoordiger? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is de cliënt wilsbekwaam m.b.t. medische beslissingen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is er een mentor, curator en/of bewindvoerder aangewezen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Is bovenstaand vastgelegd in het ECD ?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is bovenstaand vastgelegd bij de huisarts? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

8. Afspraken rondom medisch beleid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er een (non) reanimatieverklaring? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is bekend bij alle betrokkenen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is deze op de juiste wijze gedocumenteerd?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Zijn er afspraken rondom (terughoudend) medisch beleid? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is dit bekend bij alle betrokkenen? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Is dit op de juiste wijze gedocumenteerd? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

9. Wet Zorg en Dwang

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er een WZD maatregel van toepassing? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is dit op de juiste wijze geregistreerd?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is het team geschoold? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

10. AVG: medische machtiging

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geeft de cliënt/vertegenwoordiger toestemming om noodzakelijke medische informatie met andere behandelaars te delen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |

# ACTUELE (MEDISCHE) ZAKEN

11. Allergieën

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Zijn allergieën bekend? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is dit op de juiste wijze gedocumenteerd?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Weet het team te handelen in geval van een allergische reactie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

12. Endocarditisprofylaxe

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is dit noodzakelijk voor een ingreep?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

13. Vaccinaties

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is het bekend welke vaccinaties de cliënt heeft gehad? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Hepatitis B  | [ ]  ja | [ ]  nee |
|  | * Titerbepaling bekend?
 | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Griepprik (jaarlijks?) | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Pneumokken | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Corona | [ ]  ja | [ ]  nee |
|  | * Datum laatste vaccin:
 |
|  | * Datum laatste herstelmelding:
 |
| f. | Tetanus | [ ]  ja | [ ]  nee |
| g. | Datum laatste vaccin:       |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

14. Deelname bevolkingsonderzoeken

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Neemt de cliënt deel aan deze onderzoeken? | [ ]  ja | [ ]  nee |
|  | * Cervix (30-60 jaar)
 | [ ]  ja | [ ]  nee |
|  | * Borstkanker (50-75 jaar)
 | [ ]  ja | [ ]  nee |
|  | * Darmkanker (55-75 jaar)
 | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is hiervoor toestemming? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is dit op de juiste wijze gedocumenteerd? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

15. Periodiek (laboratorium) onderzoek

|  |
| --- |
| Wordt er jaarlijks/periodiek geprikt op:      |
| a. | Spiegels psychofarmaca? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Spiegels anti-epileptica?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Diabetes Mellitus? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Cardio Vasculair Risico Management CVRM? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Syndroom gebonden?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

16. Voorbehouden en risicovolle handelingen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Zijn er voorbehouden en/of risicovolle handelingen nodig bij de cliënt? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er een actueel uitvoeringsverzoek?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is het team bevoegd en bekwaam?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Worden de meest actuele protocollen / werkinstructies gebruikt?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

17. Medicatie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Gebruikt de cliënt medicatie?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Gebruikt de cliënt daarnaast ook niet-voorgeschreven medicatie?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Wordt het geneesmiddelen protocol gevolgd?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | BEM code:        |
| e. | Vindt er een jaarlijkse medicatie-check met de huisarts plaats?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Is het team bevoegd en bekwaam?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

18. Vitamine D/ Osteoporose preventie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is suppletie vitamine D geïndiceerd? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is suppletie calcium geïndiceerd? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is de zuivel inname voldoende (4EH)? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

19. Mobiliteit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er een verhoogd risico op vallen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Staat dit beschreven in de risicochecklist? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Maakt de cliënt gebruik van hulpmiddelen?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Zo ja, welke:       |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

# SPECIFIEK

20. Epilepsie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake van epilepsie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Vindt er periodieke (bloedspiegel) controle plaats? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Vindt er jaarlijkse controle van de arts of epileptoloog plaats? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Worden aanvallen geregistreerd in het ECD? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is er een persoonlijk protocol bekend? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Is het team bevoegd en bekwaam? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

21. Diabetes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake van diabetes? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er periodieke controle bij huisarts/praktijkondersteuner huisarts (POH)/diabetes verpleegkundige/internist? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Zijn er andere disciplines betrokken in verband met diabetes? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Is het team bevoegd en bekwaam? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

22. Visus

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Zijn er vermoedens van problemen met het zien? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Datum laatste meting en door wie:       |
| c. | Draagt de cliënt een bril? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Zijn er andere oogaandoeningen bekend?Zo ja: Welke:       | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Valt verslechtering te verwachten als gevolg van syndroom/leeftijd/aandoening? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Is screening wenselijk? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| g. | Zijn er problemen in de communicatie met de cliënt? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

23. Gehoor:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Zijn er vermoedens van gehoorverlies? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Datum laatste audiogram en door wie:       |
| c. | Datum laatste vervanging gehoorstukjes en door wie:       |
| d. | Valt verslechtering te verwachten als gevolg van syndroom/leeftijd/aandoening? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is screening wenselijk? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Zijn er problemen in de communicatie met de cliënt? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

24. Metingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. | Lengte: |       |
| b. | Gewicht: |       |
| c. | BMI en buikomvang: |       |
| d. | Temperatuur: |       |
| e. | Bloeddruk: |       |
| f. | Hartslag:  |       |
| g. | Saturatie: |       |
| h. | Zijn uitgangswaarden bekend en beschreven in het ECD? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| i. | Weet het team hoe om te gaan met de basismetingen? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| j. | De juiste meetapparatuur aanwezig? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| k. | Is scholing nodig? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

25. Gebit

|  |  |
| --- | --- |
| a. | Laatste bezoek tandarts en/of mondhygiënist:       |
| b. | Draagt de cliënt een prothese?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Kent het team de richtlijnen t.a.v. goede mondzorg? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

26. Voeding en vocht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er zicht op het voedingspatroon van de cliënt?(eet de cliënt 3 maaltijden: ontbijt, lunch, diner en wat zijn de tussendoortjes) | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Zijn er bijzonderheden op het gebied van voeding? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is er sprake van beperkingen op gebied van voeding en vocht? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Is er risico op ondervoeding/uitdroging? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is er een diëtist betrokken? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

27. Slikproblemen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake van een slikadvies?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is het team op de hoogte van het slikadvies?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Hoe verloopt de medicatie inname in geval van slikproblemen?       |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

28. Mictie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake van incontinentie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Zo ja, wordt incontinentiemateriaal gebruikt? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Gebruikt de cliënt een katheter of draagt hij urinestoma? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Is het team bevoegd en bekwaam | [ ]  ja | [ ]  nee |
| e. | Is de cliënt bekend met UWI - profylaxe? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| f. | Is het team op de hoogte van risico rondom UWI, retentie en delier? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

29. Defecatie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er zicht op het ontlastingspatroon? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er sprake van obstipatie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Gebruikt de cliënt laxantia? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| d. | Draagt de cliënt een stoma?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

30. Menstruatie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er zicht op de cyclus van de cliënt?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Zijn er symptomen van de overgang?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

31. Seksualiteit

|  |
| --- |
| Beschrijf eventuele vragen of bijzonderheden rondom de beleving van de seksualiteit van de cliënt.      |
| b. | Zijn er symptomen van de overgang? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

32. Slapen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Gebruikt de cliënt slaapmedicatie?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er sprake van apneu? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Is er sprake van toezicht in de nacht? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

33. Gedrag

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Wordt er volgens de geldende richtlijnen gescreend op dementie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er sprake van psychische problematiek? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Beschrijf eventuele relevante bijzonderheden rondom gedrag, beleving van gezondheid en ziekte:      |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

34. Middelengebruik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Gebruikt de cliënt tabak, alcohol of andere (verslavende) middelen? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er sprake van behandeling in verband met middelengebruik? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Zo ja, bij welke behandelaar:       |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

35. Pijn

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is er sprake of vermoeden van pijn?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Gebruikt de cliënt pijnmedicatie? | [ ]  ja | [ ]  nee |
| c. | Zo ja, welke:       |
| d. | Zijn er andere disciplines betrokken in verband met de pijnklachten?  |  |  |
| e. | Zo ja, welke:       |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

36. Huid

|  |
| --- |
| Beschrijf eventuele bijzonderheden rondom de verzorging van de huid van de cliënt:      |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

Gebruikt de cliënt medicatie stuur dan de toedienlijst mee naar de kwaliteitsverpleegkundigen.

AFSPRAKENBLAD (vult kwaliteitsverpleegkundigen in)

Vervolgafspraken

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Is een consult bij een arts VG wenselijk?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| b. | Is er reden voor CVRM of DM controle?  | [ ]  ja | [ ]  nee |
| Ruimte voor opmerkingen:      |

Beschrijf hier overige afspraken en wie deze uitvoert

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |       |
|  |
| 2. |       |
|  |
| 3. |       |
|  |
| 4. |       |
|  |
| 5. |       |
|  |
| 6. |       |
|  |
| 7. |       |
|  |
| 8. |       |
|  |
| 9. |       |
|  |
| 10. |       |