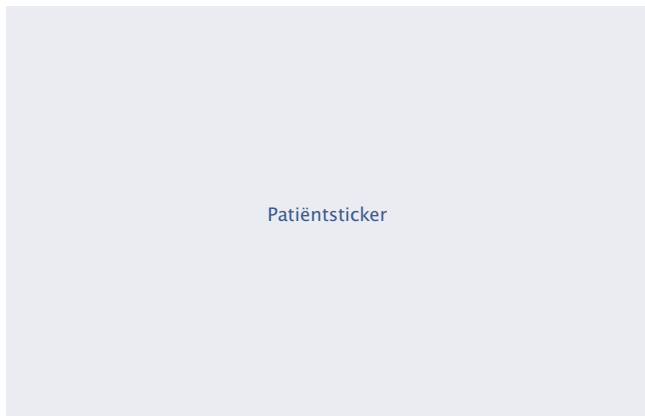


Intakeformulier Sigmoidoscopie

Datum:



Huidige ziekte/ medische problemen:

Heeft u last van een van de volgende klachten?	JA	NEE	Artsgedeelte:
Gewichtsverlies (zo ja, hoeveel?)			
Koorts			
Buikkrampen			
Pijn in de buik			
Toegenomen lawaai in de buik			
Toegenomen winden moeten laten			
Opgezette buik			
Veranderd ontlastingspatroon			
Verstopping			
Diarree			
Loze aandrang (u heeft aandrang om ontlasting te krijgen, maar er komt niets)			
Incontinentie voor ontlasting			
Bloed bij de ontlasting			
Slijm bij de ontlasting			
Aambeien			
Anale fissuren (=kloven)			

Relevante voorgeschiedenis:

Operaties	
Allergieën	
Overig	

Heeft u?:	JA	NEE	Artsgedeelte:
Hartklachten			
Ooit een cardioloog bezocht			
Een pacemaker/LCD			
Longklachten			
Snel kortademigheid bij inspanning			
Pijn op de borst bij inspanning			
Diabetes mellitus (=suikerziekte)			
Een spierziekte			
Epilepsie			
Kuntheup(en)			
Glaucoom			
Voor vrouwen: bent u zwanger?			
Familieleden met darmziekten zoals darmontstekingen, darmoliepen, darmkanker enz.			
Gebruikt u bloedverdunners? (Ascal, Plavix) Zo ja, overleg met uw huisarts over stoppen.			
Gebruikt u ijzertabletten? Zo ja, neem contact op met DC Klinieken Rotterdam.			

Gebruikte medicatie (ook slaapmiddelen):

Medicatiegebruik	Dosis	Gebruiksduur

Eerdere scopiën:

Soort scopie	Jaar	Uitslag

BRMO / MRSA:

- Bent u BRMO of MRSA positief, of heeft u gezinsleden die BRMO/MRSA positief zijn geweest? Ja Nee
- Heeft u recent (= <2 maanden geleden) in een buitenlands ziekenhuis gelegen? Ja Nee
- Zo ja: was dit langer dan 24 uur? Ja Nee
 - Of korter dan 24 uur, maar bent u geopereerd, of heeft u een drain of verblijfskatheter gekregen? Ja Nee
 - Heeft u nog huidlaesies of abscessen gerelateerd aan de behandeling in het buitenlandse ziekenhuis? Ja Nee
- Bent u werkzaam met levende varkens, vleeskalveren of vleeskuikens? Ja Nee
- Komt u uit een zorginstelling, waar de afgelopen 2 maanden sprake was van een uitbraak met een BRMO/MRSA? Ja Nee

Intoxicaties:

- Roken: Ja Nee
- Alcohol: Ja Nee
- Drugs: Ja Nee

Contactpersoon tijdens uw opname: Relatie:

Telefoonnummer: Mobiel: 06-.....

Is er iemand die u na de behandeling naar huis begeleidt en opvangt? Ja Nee

Informed consent:

- Besproken op
- Indicatie/alternatieven
- Procedure/uitleg
- Complicaties
- Begrijpt de patiënt de ontvangen informatie?
- Folders meegegeven / recept meegegeven
- Toestemming gegeven
- TOP-procedure uitgevoerd

.....
Naam + handtekening
verpleegkundige

.....
Naam + handtekening
patiënt

.....
Naam + handtekening
MDL-arts