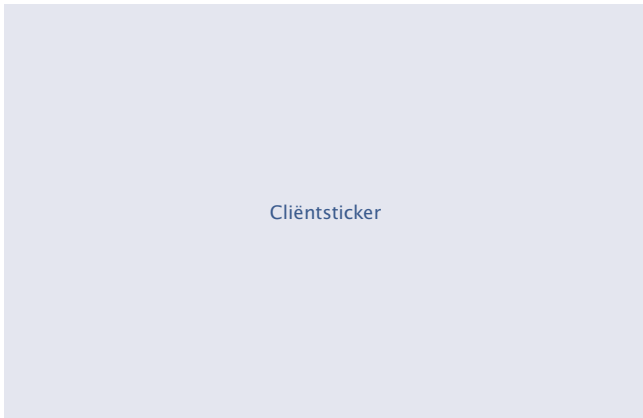


Intakeformulier Coloscopie & Gastro-duodenoscopie



Datum intake: _____

Datum Scopie: _____

Indicatie Coloscopie / Gastro-duodenoscopie: _____

Anamnese:

Hoelang bestaan de klachten? _____

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
Koorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slik of passage klachten? Het gevoel dat het eten niet goed wil zakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pijn achter het borstbeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuurbranden (<i>terugvloed van maaginhoud in de mond</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Last van opboeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Misselijkheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Last van (bloed)braken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maagpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Een opgezet gevoel in de maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Is er bij u Helicobacter vastgesteld? Zo ja, behandeld?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Pijn in de buik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Buikkrampen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veranderd ontlastingspatroon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veranderd van frequentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veranderd van consistentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
Consistentie van de ontlasting:			<input type="checkbox"/> waterdun <input type="checkbox"/> brijachtig <input type="checkbox"/> keihard <input type="checkbox"/> met slijm
			<input type="checkbox"/> dun <input type="checkbox"/> vast <input type="checkbox"/> met zichtbaar bloed <input type="checkbox"/> potloodvorm
Bloed en/of slijm bij de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aambeien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anale fissuren (=kloven)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pijnlijke aandrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Loze aandrang (u heeft aandrang om ontlasting te krijgen, maar er komt niets)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toegenomen winden moeten laten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u minder dan 2 keer per week ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ongewenst gewichtstoename? Zo ja hoeveel, in welk tijdsbestek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg in _____ maanden
Ongewenst gewichtsverlies? Zo ja hoeveel, in welk tijdsbestek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg in _____ maanden
Verminderde eetlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
In het verleden een scopie gehad? Zo ja: wanneer, indicatie, uitslag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische darmontsteking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hartklachten	Ja	Nee	Toelichting
Bent u bekend bij een cardioloog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een Pacemaker/ICD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u hartkloppingen/hart slaat over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u pijn op de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u gezwollen voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Longklachten	Ja	Nee	Toelichting
Bent u bekend bij een longarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u COPD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u snel kortademig bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u regelmatig klachten van de luchtwegen? (Hoesten, piepen, kortademig?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u slaapapneu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BRMO / MRSA (ziekenhuisbacterie):

- Bent u bewezen besmet met MRSA of een andere resistente bacterie (BRMO)? Ja Nee
- Bent u de afgelopen twee maanden in contact geweest met iemand die MRSA positief is of een andere resistente bacterie (BRMO) heeft? Ja Nee
- Verbleef u de afgelopen twee maanden in een Nederlandse zorginstelling op een afdeling of unit waar een MRSA- of een andere resistente uitbraak heerste? Ja Nee
- Heeft u de afgelopen twee maanden in een buitenlandse zorginstelling gelegen en/of bent u daar behandeld? Ja Nee
- Heeft u contact met bedrijfsmatig gehouden levende varkens/vleeskalveren/vleeskuikens of woont u op een bedrijf waar deze dieren gehouden worden? Ja Nee
- Heeft u een geadopteerd kind (t/m 10 jaar) en is hij/zij korter dan een jaar in Nederland? Ja Nee

Overige klachten	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u Diabetes mellitus (=suikerziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u insuline afhankelijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Voor vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een spierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u glaucoom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een nierziekte of verminderde nierfunctie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u kunstheup(en)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Familieanamnese	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u twee of meer eerstegraads familieleden met darmoliepen? (<i>momenteel of verleden</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u één of meer eerstegraads familieleden met darmkanker, welke familieleden en welke leeftijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u één of meer eerstegraads familieleden met maag- of twaalfvingerige darmzweren of maagkanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Komt er in uw familie Lynch-syndroom of Peutz-Jegherssyndroom voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Leefgewoonten	Ja	Nee	Toelichting
Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Allergie	Ja	Nee	Toelichting
----------	----	-----	-------------

Heeft u een overgevoeligheid voor bepaalde stoffen/materialen of andere allergieën? Ja Nee _____

Deliriumrisico > 70 jaar	Ja	Nee	2/3x het antwoord Ja? Neem contact op met de huisarts voor achtergrond informatie.
--------------------------	----	-----	--

Heeft u geheugenproblemen? Ja Nee _____

Heeft u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg? Ja Nee _____

Zijn er bij eerdere opnames of ziekte perioden geweest dat u in de war was? Ja Nee _____

Sedatie (roesje)	Ja	Nee	Toelichting
------------------	----	-----	-------------

Heeft u ooit sedatie gehad? Hoe is daar op gereageerd? Ja Nee _____

Wilt u sedatie? (*Dormicum en (al) Fentanyl*) Ja Nee _____

Gewicht: _____ kg

Lengte: _____ cm

BMI (<35) (Gewicht : lengte²) _____

Heeft u vervoer geregeld na de scopie? Ja Nee _____

Mag u zowel links als rechts geprikt worden? Ja Nee _____

Medicatiegebruik	Ja	Nee	Toelichting
------------------	----	-----	-------------

Gebruikt u bloedverdunners? Ja Nee _____

Is de trombosedienst op de hoogte gebracht? Ja Nee _____

Gebruikt u ijzertabletten? Ja Nee _____

Gebruikt u rustgevende medicatie/slaapmedicatie? Ja Nee _____

Medicatie	Dosering
-----------	----------

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Relevante voorgeschiedenis/operaties/ziekten (welke en wanneer):

Jaar:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Behandelbesluit

- Is de coloscopie noodzakelijk? Ja Nee
- Is de gastroscopie noodzakelijk? Ja Nee
- Zijn er belemmeringen om deze uit te voeren? Ja Nee
- Is er een afspraak voor de coloscopie met de cliënt gemaakt? Ja Nee
- Is er een afspraak voor de gastroscopie met de cliënt gemaakt? Ja Nee
- Sedatie? Ja Nee
- ASA score? 1 - 2 - 3 - 4
- Actueel Medicatie Overzicht afgegeven? (AMO) Ja Nee
- Is er iemand die u naar huis kan begeleiden en opvangen? Ja Nee

Informed consent - Deel I

Is de cliënt tijdens het intakegesprek geïnformeerd over:

- Het doel van de colo- en gastroscopie? Ja Nee
- De procedures? Ja Nee
- De risico's en mogelijke complicaties? (*Perforatie, bloeding, ademdepressie?*) Ja Nee
- De mogelijkheden van sedatie en procedure? Ja Nee
- De aanpak bij bijzonderheden? (*Stoma, D.M., medicatiegebruik?*) Ja Nee
- De voorbereiding? Ja Nee
- Laxeermedicatie? (*Meegegeven/opgestuurd?*) Ja Nee
- De instructies voor de dag van het onderzoek? (*Is vervoer geregeld?*) Ja Nee
- De nazorg? Ja Nee

Informed consent - Deel II

- Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de afgesproken medische verrichtingen? Ja Nee
- Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de uitwisseling van gegevens met zorgprofessionals buiten de organisatie? Ja Nee
- Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de uitslagverstrekking van de colo- en gastroscopie aan de huisarts? Ja Nee

Datum intake gesprek: _____

Naam + handtekening
verpleegkundige of intake-arts

Naam + handtekening
cliënt

Naam + handtekening
MDL-arts