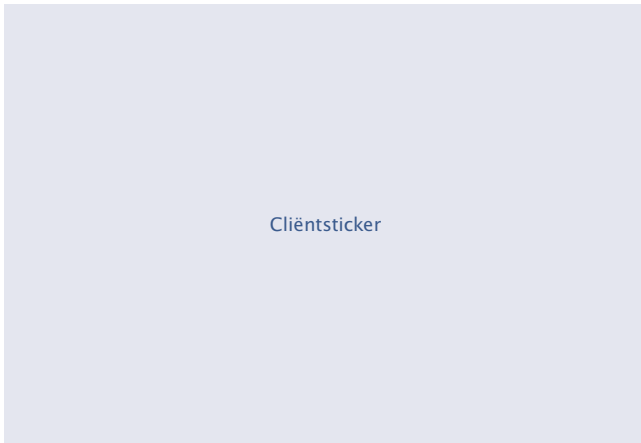


Intakeformulier Gastro-duodenoscopie



Datum intake: _____

Datum Gastro-duodenoscopie: _____

Indicatie Gastro-duodenoscopie: _____

Anamnese:

Hoelang bestaan de klachten? _____

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
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
Koorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slik of passageklachten? 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"/>	_____
Hartklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u bekend bij de cardioloog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pacemaker/ICD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Longklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Snel last van kortademigheid bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus (=suikerziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
Een spierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gebruikt u bloedverdunners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Voor vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Familieleden met darmziektes zoals darmontstekingen, darmpoliepen, darmkanker, maag- of twaalfvingerige darmzweren of maagkanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BRMO / MRSA (ziekenhuisbacterie) :

Bent u bewezen besmet met MRSA of een andere resistente bacterie (BRMO)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u de afgelopen twee maanden in contact geweest met iemand die MRSA positief is of een andere resistente bacterie (BRMO) heeft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u de afgelopen twee maanden in een buitenlandse zorginstelling gelegen en/of bent u daar behandeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u contact met bedrijfsmatig gehouden levende varkens/vleeskalveren/vlees-kuikens of woont u op een bedrijf waar deze dieren gehouden worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een geadopteerd kind (t/m 10 jaar) en is hij/zij korter dan een jaar in Nederland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Deliriumrisico	> 70 jaar	Ja	Nee	2/3x het antwoord Ja? Neem contact op met de huisarts voor achtergrond informatie.
Heeft u geheugenproblemen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zijn er bij eerdere opnames of ziekte perioden geweest dat u in de war was?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Lichamelijk onderzoek

Gewicht: _____ Lengte: _____
 BMI (gewicht : lengte²): _____ ASA (in te vullen door verpleegkundige): _____

Gebruikte medicatie	Dosis	Tijdsduur
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Jaar: _____

Eerdere scopieën Uitslag

Jaar: _____

Informed consent - Deel I

Is de cliënt (tijdens het intakegesprek) geïnformeerd over:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Het doel van het onderzoek? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| De procedure? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| De risico's en mogelijke complicaties? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| De aanpak bij bijzonderheden? <i>(Diabetes, medicatiegebruik)</i> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| De nazorg? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Informed consent - Deel II

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Geeft de cliënt toestemming voor de afgesproken medische verrichting? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft de cliënt (tijdens het intakegesprek) toestemming gegeven voor de uitwisseling van gegevens met zorgprofessionals buiten de organisatie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft de cliënt (tijdens het intakegesprek) toestemming gegeven voor de uitslagverstrekking van het onderzoek aan de huisarts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Datum (intake gesprek): _____

Naam + handtekening
verpleegkundige of intake-arts

Naam + handtekening
cliënt

Naam + handtekening
MDL-arts