

Naam : \_\_\_\_\_ Geslacht  m  v  
 Adres : \_\_\_\_\_  
 Postcode + plaats : \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
 Geboorteplaats : \_\_\_\_\_  
 Huisarts + telefoon huisarts : \_\_\_\_\_  
 Verzekeringsnummer : \_\_\_\_\_



TRAZOR

## VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT PALLIATIEVE ZORG

### 1. Verzorging van het lichaam

Activiteit	zelfstandig	onder begeleiding	volledige hulp	bijzonderheden
Douchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wassen bovenlichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bed / wastafel / _____
Wassen onderlichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bed / wastafel / _____
Verzorging gebit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothese ja / nee
Verzorging haren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kleding boven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kleding onder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Elastische kousen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nee

### 2. Houding / mobiliteit

Zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Transfer tot zit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Transfer in / uit bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Transfer naar toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / 2 personen
Hoog / laag bed	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, aangevraagd op _____		
Beddekken omhoog	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja		
Rolstoel gebonden	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja		
Loophulpmiddel	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	soort :	
Transferhulpmiddel	<input type="checkbox"/> actieve lift	<input type="checkbox"/> passieve lift	<input type="checkbox"/> glijmat	
Belastbaarheid cliënt	_____ keer per dag	_____ uur uit bed		

### 3. Verpleegtechnische handelingen

Mondverzorging	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
▪ spoelen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
▪ slijmvorming	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
Zuurstof	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
Pijnbestrijding	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
Overig:	_____		

Toelichting : \_\_\_\_\_

#### 4. Mictie / defaecatie

Toiletbezoek  zelfstandig  hulp

Incontinent urine dag  ja  nee

Soort materiaal : \_\_\_\_\_

Incontinent urine nacht  ja  nee

Soort materiaal : \_\_\_\_\_

Incontinent faeces  ja  nee

Voor het laatst ontlasting : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Frequentie : \_\_\_\_\_

Katheter Ch. \_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ verwisselen \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ soort : \_\_\_\_\_

Aantal cc in ballon \_\_\_\_\_

verblijfskatheter  supra pubis

Stoma  ja  nee

urine  nefro  ileo  colon  anders, nl. \_\_\_\_\_

Soort materiaal :  1 delig  2 delig

Excreta besmet  ja  nee  n.v.t.

Tot \_\_\_\_\_

#### 5. Voeding

Slikfunctie  normaal  gestoord  afwezig

Eetlust  normaal  matig  minimaal

Dieet \_\_\_\_\_

Voorkeur voeding \_\_\_\_\_

Consistentie  normaal  mix  gemalen  dik / vloeibaar  niets per os

Sondevoeding sedert \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ soort \_\_\_\_\_ hoeveelheid \_\_\_\_\_

Sonde sinds \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ type \_\_\_\_\_ verwisselen \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Eten  zelfstandig  smeren / snijden  volledige hulp

Hulpmiddelen \_\_\_\_\_

Hulp bij drinken  ja  nee

#### 6. Decubitus

Decubitus  ja  nee

Locatie en welke graad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandeling \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preventie  nee  ja, nl

#### 7. Wondverzorging

Specifieke wondverzorging  ja  nee

Beschrijving wond \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verzorging \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Materiaal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Ziekteverloop (zie ook medische overdracht)

Geef hier kort de historie en (neven) diagnose aan en belangrijke (verpleegkundige) aandachtspunten met betrekking tot het ziekteverloop

## 9. Lichamelijke conditie

Algemeen (voor zover bekend)

Gewicht \_\_\_\_\_ kg                      d.d. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tensie \_\_\_\_\_                              d.d. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Pols \_\_\_\_\_                                 d.d. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Temperatuur \_\_\_\_\_ °C                 d.d. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Specifiek (aanvinken indien relevant; evt. bijzonderheden vermelden)

Zie ook medische overdracht

- Benauwdheid \_\_\_\_\_
- Hoesten \_\_\_\_\_
- Misselijkheid \_\_\_\_\_
- Braken \_\_\_\_\_
- Diarree \_\_\_\_\_
- Obstipatie \_\_\_\_\_
- Anorexie \_\_\_\_\_
- Verwardheid \_\_\_\_\_
- Angst \_\_\_\_\_
- Depressie \_\_\_\_\_
- Alg. malaise \_\_\_\_\_
- Jeuk \_\_\_\_\_
- Desoriëntatie persoon / tijd / plaats \_\_\_\_\_
  
- Gehoorstoornissen     gehoorapparaat    ja / nee                       rechts                       links
- Visusstoornissen        bril                      ja / nee
- Dag- / nachtritme        normaal                 gestoord
  
- Allergie \_\_\_\_\_

Toelichting : \_\_\_\_\_

## 10. Maatschappelijke aspecten

Alleen relevant voor thuissituatie

Reeds voor opname thuiszorg aanwezig                       ja                               nee  
Huishoudelijke hulp     ja                               nee  
Tafeltje dekje/maaltijdvoorziening                               ja                               nee  
Alarmbel (bijv. persoonsalarmering)                               ja                               nee

Voorgeschiedenis : \_\_\_\_\_

Bij iedere overdracht invullen

Leefsituatie  alleenwonend  samenwonend  
Kinderen aantal \_\_\_\_\_  
inwonend \_\_\_\_\_  nee  ja, aantal  
Mantelzorg aanwezig  nee  ja, namelijk \_\_\_\_\_  
Inzet vrijwillige terminale thuiszorg  ja  nee  wordt aangevraagd

**11. Psycho-sociale aspecten**

**Niet reanimeren**

ja  nee  
▪ besproken met de cliënt  ja  nee  
▪ besproken met familie / naasten  ja  nee  
▪ wilsverklaring aanwezig  ja (zie bijlage)  nee

Toelichting : \_\_\_\_\_

**Euthanasie**

▪ aan de orde geweest in gesprek met cliënt  ja  nee  
▪ aan de orde geweest in gesprek familie / naasten  ja  nee  
▪ wilsverklaring aanwezig  ja (zie bijlage)  nee

**(niet) Behandelafspraken**

ja  nee

Toelichting : \_\_\_\_\_

**Levensovertuiging**

Geestelijke verzorger (naam, zover bekend) : \_\_\_\_\_

Specifieke wensen (voor zover bekend) : \_\_\_\_\_

Bijzonderheden

Verpleegkundige gedeelte ingevuld door \_\_\_\_\_

Functie \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

