|  |
| --- |
| **Overdrachtsdocument palliatieve zorg** |

|  |
| --- |
| ***Betreffende***  Naam:  Geboortedatum:  Datum van invullen: Ingevuld door (naam + functie):  Datum van aanvullen: Aangevuld door (naam + functie):  **Voor invullers van het palliatief overdrachtsdocument:**   1. Dit document aan de patiënt die het betreft geven; het is de bedoeling dat dit document steeds bij de patiënt blijft, ongeacht waar die zich bevindt. 2. Gelieve een kopie van de actuele medicijnlijst bij te voegen. 3. **Indien dit document in het ziekenhuis wordt opgestart, vooraf telefonisch met de huisarts overleggen, enerzijds om de huisarts te informeren, anderzijds voor eventuele aanvullingen en een goede afstemming .**   **Voor zorgverleners die werken met het palliatief overdrachtsdocument:**  Dit document is dynamisch, en zal daarom zo nodig door de hoofdbehandelaar aangevuld en/of aangepast worden. Dit betekent dat er meerdere versies van dit document in omloop kunnen raken. De meest actuele versie bevindt zich echter altijd bij de patiënt. |

|  |
| --- |
| **NB: deze overdracht is een aanvulling op andere overdrachten** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Overdrachtsdocument palliatieve zorg (1)**  **Basisgegevens** | | | |
| **Naam patiënt:**  Adres:  Postcode:  Telefoonnummer:  Ziekenhuisidentificatienummer:  BSN: | | Geboortedatum:  Woonplaats:  Verzekering: | M/V  Inschrijfnummer: |
| **Contactpersoon familie:**  Telefoonnummer: | | **Wettelijke vertegenwoordiger:**  Relatie tot patiënt:  Telefoonnummer: | |
| **Diagnose:**  **Relevante voorgeschiedenis:** | | | |
| **Levensverwachting:**  **[ ] < 2 weken**  **[ ] onduidelijk** | **[ ] < 3 maanden**  **[ ] niet besproken op verzoek van patiënt** | | **[ ] < 1 jaar**  **[ ] … (vrij in te vullen)** |
| **Beleid ten aanzien van:**  Opname ziekenhuis:  Reanimatie:  Donatie: ingeschreven in register ja/nee  Medicatie:  **Informatieverstrekking ten aanzien van:**  Euthanasie:  Palliatieve sedatie:  ICD:  **Wensen van patiënt:**  Voorkeursplaats van overlijden:  (Indien van toepassing) specifieke wensen van patiënt:  Karakterisering van patiënt door hem/haarzelf (“Wat vindt u dat iedere zorgverlener over u zou moeten weten?”) | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overdrachtsdocument palliatieve zorg (2)  Actuele situatie palliatieve domeinen | | |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |

|  |
| --- |
| **Somatisch gebied** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Zorgverlening/ADL** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Sociaal/financieel** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Psychisch** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Zingeving** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overdrachtsdocument palliatieve zorg (3)  Medicatie: mutaties en bijzonderheden | | |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |
| **Allergieën:** | | |

**Wijzigingen in medicatie kunnen in onderstaand overzicht worden weergegeven.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicatiewijzigingen**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Startdatum | Medicatie | Voorschrift | Indicatie | Stopdatum en reden van stoppen | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| **Medicatie bijzonderheden**  Ervaringen met medicatie, bijvoorbeeld ongewenste effecten/onvoldoende effect, kunnen hier worden vermeld. |

|  |
| --- |
| **Let op: actuele medicatielijst toevoegen aan dit overdrachtsdocument!** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overdrachtsdocument palliatieve zorg (4)  Proactief Palliatief Zorgplan | | |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |
| |  |  | | --- | --- | | **Te verwachten problemen** | **Suggesties voor actie/beleid** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | |
| **Belangrijke telefoonnummers**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Functie** | **Naam** | **Telefoonnummer** | | Huisarts  Bereikbaarheid en beschikbaarheid eigen huisarts buiten praktijkuren: | ……………………………………………………………………………..  □ ik draag deze zorg volledig over aan huisartsenpost  □ ik draag deze zorg over aan huisartsenpost en ben zonodig overdag/’s avonds/’s nachts bereikbaar voor overleg op mijn directe telefoonnummer  □ ik draag de zorg gedeeltelijk over aan de huisartsenpost, ik ben bereikbaar voor overleg op mijn directe telefoonnummer en waar nodig beschikbaar om zelf visites te doen  □ ik doe de zorg in principe zelf, de patiënt heeft mijn directe nummer, als een patiënt de huisartspost belt wordt altijd contact met mij opgenomen en neem ik zelf contact op met de patiënt of kom direct in actie  □ anders namelijk: | Nummer praktijk:  Directe nummer:  □ alleen voor huisartsen  □ ook voor patiënt | | 1. Doktersdienst Groningen 2. Dokterswacht Friesland 3. Centrale Huisartsendienst Drenthe |  | 1. 0900 - 9229 2. 0900 - 1127112 3. 0900 - 1120112 | | Thuiszorg |  |  | | Palliatief verpleegkundige thuiszorg |  |  | | Medisch specialist (+ functie) |  |  | | Palliatief Team ziekenhuis |  |  | | Provinciaal Palliatief Team:   1. Groningen (PPTG) 2. Friesland (PCTF) 3. Drenthe )PCTD) | **NB. Alleen te consulteren door zorgverleners; 24/7 bereikbaar** | 1. 088 - 1232455 2. 088 - 1232445 3. 088 - 1232440 | | Overig: |  |  | | | |