

AANVRAAG/VOORSCHRIFT

Thuisverpleging OPAT

PLAATSEN VAN EN TOEZICHT OP IV PERFUSIE



OPAT CONTACTGEGEVENS ZIEKENHUIS

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Bij afwijkende observaties: Contacteer de behandelende arts of de dienst spoedgevallen van het ziekenhuis

DEEL 1: IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS

Voorziene opstartdatum thuis:

Voorziene periode/einddatum:

GEGEVENS PATIËNT

Naam en voornaam:

Rijksregisternummer:

Adres:

Telefoon/GSM:

Mutualiteit:

GEGEVENS VOORSCHRIJVENDE ARTS

Naam en voornaam:

Telefoon/GSM:

E-mailadres:

RIZIV-nummer:

Ziekenhuis/afdeling:

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta | AZ Groeninge | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | AZ Maria Middelaars | AZ Sint-Lucas Gent
H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis | Jan Yperman Ziekenhuis | Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent

MEDICATIE EN THERAPIE					
Antibioticum	Dosis	Frequentie	Oplosmiddel (+ml)	Infuusvloeistof	Inlooptijd
Type katheter					
<input type="checkbox"/> PAC	Aantal lumen:	Type grippernaald PAC:		<input type="checkbox"/> 19 mm	<input type="checkbox"/> 25 mm
				<input type="checkbox"/> 32 mm	
<input type="checkbox"/> PICC	Aantal lumen:	<input type="checkbox"/> Perifeer		<input type="checkbox"/> 20G	<input type="checkbox"/> 22G
		<input type="checkbox"/> Centraal getunneld			
		<input type="checkbox"/> Centraal niet-getunneld			
<input type="checkbox"/> DVC	Aantal lumen:				
Pomp voor infuustherapie					
<input type="checkbox"/> Geen		<input type="checkbox"/> IV pomp		<input type="checkbox"/> Infusor/Elastomeerpomp	
Katheterzorg					
<input type="checkbox"/> Verbandzorg indien geïndiceerd en ten laatste om de 7 dagen					
<input type="checkbox"/> Vervangen van de Statlock® ter hoogte van een PICC katheter om de 7 dagen					
<input type="checkbox"/> Plaatsen van een poortkatheternaald ter hoogte van de poortkatheter indien geïndiceerd en ten laatste om de 7 dagen					
<input type="checkbox"/> Verwijderen van de poortkatheternaald bij het einde van de IV therapie op (datum)					
<input type="checkbox"/> Verwijderen van de PICC katheter bij het einde van de IV therapie op (datum)					
Spoelen van de katheter					
<input type="checkbox"/> Voor en na elke toediening van medicatie met 10 ml					
<input type="checkbox"/> Voor het verwijderen van de poortkatheternaald met 10 ml					
<input type="checkbox"/> Voor het uitvoeren van een bloedname met 10 ml					
<input type="checkbox"/> Na het uitvoeren van een bloedname met 20 ml					

WIJZIGINGEN BEHANDELING					
Antibioticum	Dosis	Frequentie	Oplosmiddel (+ml)	Infuusvloeistof	Inlooptijd

OPAT CONSORTIUM

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL ARTS¹

DEEL 2: IN TE VULLEN DOOR ZIEKENHUISAPOTHEKER

THUISVERPLEEGKUNDIGE

Naam en voornaam:

Afdeling:

E-mailadres:

Telefoon/GSM:

Effectieve opstartdatum thuis (na overleg thuisverpleegkundige en behandelend arts):

MATERIAALKITS

Per patiënt zijn er steeds 2 verschillende kits nodig, namelijk zowel 1 type dagkit als 1 type weekkit! Dagkits bevatten materiaal voor één toedieningsmoment. Weekkits bevatten enkel het medisch materiaal voor de katheter verzorging.

¹ Ik schrijf, voor bovenstaande patiënt, het aanbrengen van en het toezicht op een intraveneuze infusie voor, alsook de toediening van bovenstaande producten via intraveneuze weg. Hierbij vraag ik aan de thuisverpleegkundige om de hierboven vermelde prestaties uit te voeren.

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta | AZ Groeninge | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | AZ Maria Middelaars | AZ Sint-Lucas Gent
H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis | Jan Yperman Ziekenhuis | Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent