|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cliëntgegevens** | | |
| Naam (incl. geboortenaam, voorletters) |  | |
| Geb. datum |  | |
| Adres |  | |
| Postcode, woonplaats |  | |
| Telefoonnummer |  | |
| Zorgverzekeraar/polisnr. |  | |
| BSN nummer |  | |
| ID nummer en type |  | |
| Huisarts |  | |
| Telefoon huisarts |  | |
| Apotheek (thuis) |  | |
| 1e contactpersoon |  | |
| Telefoonnummer |  | |
| Diagnoses/ medische achtergrond | | |
| Naam aanvrager (huisarts/specialist/verpl cons ortho/ transfer verpl) |  | |
| Aanleiding aanvraag  (diagnose/ specialist/ OK datum/ hulpvraag) |  | |
| Medische voorgeschiedenis |  | |
| Medische beleid (NR/wilsverklaring) |  | |
| Medicatie gebruik |  | |
| Inschatting cognitief niveau en kwetsbaarheid? door huisarts/verwijzer | * Cognitie goed/redelijk goed/twijfel over cognitie/dementie/ geen beoordeling mogelijk * Niet kwetsbaar/licht kwetsbaar/ernstig kwetsbaar | |
| GRZ: Kan de patiënt een evt. revalidatie traject aan?  (Voorkeur instelling)  (NB. > 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid) |  | |
| **Functioneren thuis situatie (voor ziekenhuis/spoedsituatie)** | | |
| Mobiliteit | O zelfstandig  O met hulp 1 persoon  O met hulp 2 personen  O geen zelfstandige mobiliteit  O met loophulpmiddel: | |
| ADL  Thuiszorg aanwezig | O zelfstandig  O met hulp  O zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie) | |
| Sociaal | O alleenwonend  O partner/echtgenoot belastbaar?: ja/nee  O kinderen of anders | |
| Woonsituatie | O eengezinswoning O traplopen vereist  O appartement met lift/gelijkvloers  O verzorgingshuis  O aanpassingen aanwezig, zo ja welke: | |
| CIZ indicatie |  | |
| Overige informatie |  | |
| **Functioneren huidige spoed/ziekenhuis situatie** | | |
| Mobiliteit |  | |
| ADL |  | |
| Cognitief |  | |
| Overige info |  | |
| **Besluit triage consult** | | |
| Advies | O thuis met TZ O ELV laag O ELV hoog O ELV pall O GRZ   * O consult SEH/specialist O WLZ O Respijtzorg | |
| **Specialist ouderengeneeskunde** | | |
| Naam specialist ouderengeneeskunde |  | |
| Datum Triage consult |  | |
| tijdsregistratie | directe tijd in min\*.  \*Face tot face en telefonisch  Contact met patient vertegenwoordiger, behandelend arts | indirecte tijd in min.  Overig |
| Datum |  | |
| Besproken met patiënt | nee  ja | |
| Inschatting duur Opname ELV/GRZ | weken | |
| **Aanmelden via:** | Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling | |

**In te vullen door de verpleegkundig consulent orthopedie/ transfer VPK bij electieve operaties:**

ISAR-vragenlijst : De ISAR scorelijst is positief bij een score van 2 of meer punten;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Had U, voordat U opgenomen werd in het ziekenhuis hulp nodig van iemand?( hulp in huis, bereiden van maaltijden) | O ja  O nee | 1  0 |
| 1. Hebt U in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet) | O ja  O nee | 1  0 |
| 1. Bent U in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis? | O ja  O nee | 1  0 |
| 1. Kunt U goed zien? | O ja  O nee | 0  1 |
| 1. Heeft U regelmatig problemen met Uw geheugen? | O ja  O nee | 1  0 |
| 1. Gebruikt U meer dan 3 verschillende soorten medicijnen? | O ja  O nee | 1  0 |
| 7a. Bent u tussen de 65 en 74 jaar? | O ja  O nee | 0  0 |
| 7b. Bent U tussen de 75 en 84 jaar? | O ja  O nee | 1  0 |
| 7c. Bent U 85 jaar of ouder? | O ja  O nee | 2  0 |
| **Totale SCORE** |  |  |
| **Opmerkingen:** |  |  |