|  |
| --- |
| **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 zelfstandigO met hulp 1 persoonO met hulp 2 personenO geen zelfstandige mobiliteitO met loophulpmiddel:  |
| ADLThuiszorg aanwezig | O zelfstandigO met hulp O zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie) |
| Sociaal | O alleenwonendO partner/echtgenoot belastbaar?: ja/neeO kinderen of anders  |
| Woonsituatie | O eengezinswoning O traplopen vereistO appartement met lift/gelijkvloersO verzorgingshuisO 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 telefonischContact 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  | 10 |
| 1. Hebt U in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet)
 | O ja O nee | 10 |
| 1. Bent U in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?
 | O ja O nee | 10 |
| 1. Kunt U goed zien?
 | O ja O nee | 01 |
| 1. Heeft U regelmatig problemen met Uw geheugen?
 | O ja O nee | 10 |
| 1. Gebruikt U meer dan 3 verschillende soorten medicijnen?
 | O ja O nee | 10 |
| 7a. Bent u tussen de 65 en 74 jaar? | O ja O nee | 00 |
| 7b. Bent U tussen de 75 en 84 jaar? | O ja O nee | 10 |
| 7c. Bent U 85 jaar of ouder? | O ja O nee | 20 |
| **Totale SCORE** |  |  |
| **Opmerkingen:** |  |  |