

I Opname

Opnameprocedure

De aanvraag tot opname op de palliatieve eenheid kan gebeuren door uzelf, uw dierbaren, het palliatief supportteam in het ziekenhuis, de equipe van de palliatieve thuiszorg, uw huisarts of arts-specialist.

Uw opname kan een tijdelijk karakter hebben, om uw dierbaren te ontlasten of even op adem te laten komen. Mogelijk is er een medisch en/of verpleegkundig probleem waarvoor u meer professionele hulp nodig hebt. Uw opname kan ook blijvend zijn.

De behandelende (huis)arts vult het aanvraagformulier in. Dit formulier is terug te vinden op het einde van deze brochure en op de website van het ziekenhuis (www.asz.be).

Het ingevulde formulier, dient samen met een recent medisch verslag te worden opgestuurd naar de palliatieve eenheid:

- ofwel via e-mail: palliatieve.asz@asz.be
- (ofwel via fax: +32(0)53 76 42 28)
- ofwel via de post: Algemeen Stedelijk Ziekenhuis
T.a.v. palliatieve eenheid Charon
Merestraat 80
9300 Aalst

Op basis van deze documenten wordt in team beslist of u in aanmerking komt voor opname op de palliatieve eenheid. We brengen de aanvrager op de hoogte van de beslissing. Aangezien we over een beperkt aantal bedden beschikken wordt er gewerkt met een wachtlijst. U komt pas definitief op de wachtlijst wanneer wij beschikken over de vereiste documenten. Van zodra er plaats vrijkomt, verwittigen we de aanvrager.

Wanneer komt u in aanmerking voor een opname op de palliatieve eenheid?

- Wanneer u een terminale aandoening heeft en de levensverwachting beperkt is.
- Wanneer u thuis of in een thuisvervangend milieu niet de aangepaste zorgen kan krijgen. (Woonzorgcentra worden gefinancierd om verpleegkundige referenten op te leiden die instaan voor het verlenen van palliatieve zorgen. Daarnaast kunnen zij beroep doen op de expertise van de equipe van de palliatieve thuiszorg).

Wanneer komt u niet in aanmerking voor een opname op de palliatieve eenheid?

- Wanneer u nog een actieve behandeling krijgt met oog op genezing.

Aanvraagformulier



1. Patiëntgegevens:

Naam / voornaam patiënt: _____

Geslacht: M / V Geboortedatum: __ / __ / ____ Burgerlijke stand: _____

Adres: _____

Telefoon: ____ / _____ GSM: ____ / _____

Centrale contactpersoon /Vertegenwoordiger: _____

Telefoon: ____ / _____ E-mailadres: _____

Relatie t.o.v. patiënt: _____

Familiale toestand patiënt: _____

Huidige verblijfplaats patiënt:

ASZ: Aalst Geraardsbergen Wetteren Dienst: _____ Tel: _____

Ander ZH: _____ Tel: _____

Thuis Ondersteunend netwerk: _____

Verblijft de patiënt in een thuisvervangende instelling?

Kortverblijf

WZC

RVT

Revalidatiecentrum

Psychiatrische instelling

Begeleid wonen

Gemeenschap

Andere: _____

Zo ja: Naam instelling: _____ Tel: ____ / _____

Naam contactpersoon: _____ Tel: ____ / _____

Is er met de patiënt besproken om eventueel naar een WZC te gaan?

Naam aanvrager: _____ Tel: ____ / _____

Datum aanvraag: __ / __ / ____ Reden van opname: _____

Opname aanvraag: Permanent Tijdelijk Preventief: zo lang mogelijk thuis

Aanvraag ingevuld door: PST Sociale dienst ziekenhuis

Huisarts Specialist

Netwerk Familie/patiënt

Andere: _____

Zijn er elders aanvragen lopende? Neen Ja Waar: _____

Huisarts: _____ Tel: ____ / _____

Specialist: _____ Tel: ____ / _____



2. Medisch Rapport (in te vullen door de arts)

!!! Laatste medische verslag(en) bijvoegen !!!

Hoofddiagnose: _____

Datum vaststelling: __ / __ / ____ T-N-M: _____

Metastasen: Bot Lever Bijnier(en) Long/pleura
 Hersenen Peritoneaal Andere: _____

Belangrijke nevendiagnose(n): _____

Datum van de laatste chemotherapie en/of radiotherapie: __ / __ / ____

Levensverwachting: Onmogelijk in te schatten Minder dan een week
 Minder dan 1 maand Tussen 1 - 3 maand
 Tussen 3 - 6 maand Meer dan 6 maand

Allergieën: _____

DNR-code: Code 1: niet reanimeren
 Code 2: therapie niet uitbreiden
 Code 3: therapie afbouwen

Symptoomanamnese:

Pijn:

- Botpijn
- Pijn door tumor
- Pijn door wonde
- Neuropathische pijn
- Andere pijn: _____

Voeding:

- Anorexie
- Nausea
- Braken
- Slikstoornissen

Uitscheiding:

- Diarree
- Constipatie
- Obstructie
- Incontinentie

Algemeen internistisch:

- Pleuravocht
- Ascitesvocht
- Oedeem
- Cachexie/anemie
- Andere: _____

Ademhaling:

- Dyspnoe
- Hoest
- Hemoptoe
- Andere: _____

Neurologisch:

- Epilepsie
- Hemiplegie
- Tremor
- Afasie
- Onrust
- Andere: _____

Psychologisch:

- Dwalen/roepen/weglooptgedrag
- Verwardheid dag / nacht
- Agitatie
- Dementie
- Gelaten / depressief
- Angsten
- Andere psychopathologie: _____



3. Ethische luik:

Waarheidsmededeling:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Is de patiënt op de hoogte van de diagnose? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen |
| Is de patiënt op de hoogte van de prognose? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen |
| Wenst de patiënt zelf een opname op de palliatieve eenheid? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen |



Ethische vraagstelling:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Heeft de patiënt een negatieve wilsverklaring?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Niet gekend |
| Heeft de patiënt een wilsverklaring inzake euthanasie?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Niet gekend |
| Heeft de patiënt een actueel verzoekschrift inzake euthanasie?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Niet gekend |

* Mogen we vragen een kopie van wilsverklaring(en) en/of verzoekschriften toe te voegen bij de aanvraagbundel

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Heeft de patiënt momenteel een vraag naar actieve levensbeëindiging? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen |
| Heeft de patiënt momenteel een vraag naar palliatieve sedatie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen |

4. Luik voorbehouden aan de eenheid:

Besproken op team: __ / __ / ____

Goedkeuring: Ja Neen Afwachten

Datum goedkeuring: __ / __ / ____

Opmerkingen:

Akkoord tot opname op de palliatieve eenheid Charon (ASZ)



Verplicht in te vullen door aanvrager in overleg met patiënt of diens vertegenwoordiger

Het zorgconcept op de palliatieve eenheid omvat maximale comfortzorg op zowel fysiek, emotioneel, sociaal als spiritueel domein. Er worden geen levensverlengende behandelingen opgestart of verdergezet.

Hoewel euthanasie een optie is in kader aangaande beslissingen rond het levenseinde, kan dit niet de eerste en enige vraag voor opname op de palliatieve eenheid zijn.

Bij vragen tot actieve levensbeëindiging zullen het team en de afdelingsarts in alle zorgzaamheid met patiënt en familie op weg gaan. Hierbij wordt de nodige tijd genomen net omwille van de zorgzaamheid. De wettelijke procedure wordt hierin gevolgd.

- » Wenst de patiënt een opname op de palliatieve eenheid? Ja Neen
- » Is de patiënt op de hoogte van, en akkoord met, het zorgconcept van de palliatieve eenheid? Ja Neen
- » Is de wettelijke vertegenwoordiger akkoord met een opname op de palliatieve eenheid? Ja Neen
- » Is de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt op de hoogte van, en akkoord met, het zorgconcept van de palliatieve eenheid? Ja Neen

Naam patiënt: _____
(handtekening indien mogelijk)

Naam vertegenwoordiger: _____
(handtekening indien mogelijk)

Ondergetekende arts verklaart dat bovenvermelde inlichtingen stroken met de werkelijke toestand van de patiënt op het ogenblik van ondertekening.

Datum: __ / __ / ____

Stempel arts

Handtekening arts