

Triage Consult ELV/GRZ/WLZ

Cliëntgegevens	
Naam (incl. geboortenaam, voorletters)	
Geb. datum	
Adres	
Postcode, woonplaats	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar/polisnr.	
BSN nummer	
ID nummer en type	
Huisarts	
Apotheek (thuis)	
Telefoon huisarts	
1 ^e contactpersoon	
Telefoonnummer	
Diagnoses/ medische achtergrond	
Naam aanvrager (huisarts/specialist/transfer VPK)	
Aanleiding aanvraag (diagnose/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? (> 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid)	
Functioneren thuis situatie (voor ziekenhuis/spoedsituatie)	
Mobiliteit	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp 1 persoon <input type="checkbox"/> met hulp 2 personen <input type="checkbox"/> geen zelfstandige mobiliteit <input type="checkbox"/> met loophulpmiddel:
ADL	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp
Thuiszorg aanwezig	<input type="checkbox"/> zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie)

Sociaal	<input type="checkbox"/> alleenwonend <input type="checkbox"/> partner/echtgenoot belastbaar?: ja/nee <input type="checkbox"/> kinderen of anders
Woonsituatie	<input type="checkbox"/> eengezinswoning <input type="checkbox"/> traplopen vereist <input type="checkbox"/> appartement met lift/gelijkvloers <input type="checkbox"/> verzorgingshuis <input type="checkbox"/> aanpassingen aanwezig, zo ja welke:
CIZ indicatie	
Overige informatie	
Functioneren huidige speed/ziekenhuis situatie	
Mobiliteit	
ADL	
Cognitief	
Overige info	
Besluit triage consult	
Advies	<input type="checkbox"/> thuis met TZ <input type="checkbox"/> ELV laag <input type="checkbox"/> ELV hoog <input type="checkbox"/> ELV pall <input type="checkbox"/> GRZ <input type="checkbox"/> consult SEH/specialist <input type="checkbox"/> WLZ
Specialist ouderengeneeskunde	
Naam specialist ouderengeneeskunde	
Datum Triage consult	
Overige opmerkingen	
Datum	
Besproken met patiënt	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Inschatting duur Opname ELV/GRZ	weken
Aanmelden via:	Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling

In te vullen door de consulente 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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
2. Hebt U in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
3. Bent U in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
4. Kunt U goed zien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	0 1
5. Heeft U regelmatig problemen met Uw geheugen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
6. Gebruikt U meer dan 3 verschillende soorten medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
7a. Bent u tussen de 65 en 74 jaar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	0 0
7b. Bent U tussen de 75 en 84 jaar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1 0
7c. Bent U 85 jaar of ouder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	2 0
Totale SCORE		
Opmerkingen:		