

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 behandelende 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:

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"/> Centraal getunneld <input type="checkbox"/> Centraal niet-getunneld	<input type="checkbox"/> 20G <input type="checkbox"/> 22G
<input type="checkbox"/> DVC	Aantal lumen:		

Pomp voor infuustherapie

<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> IV pomp	<input type="checkbox"/> Infusor/Elastomeerpomp
-------------------------------	----------------------------------	---

Katheterzorg

- Verbandzorg indien geïndiceerd en ten laatste om de 7 dagen
- Vervangen van de Statlock® ter hoogte van een PICC katheter om de 7 dagen
- Plaatsen van een poortkatheternaald ter hoogte van de poortkatheter indien geïndiceerd en ten laatste om de 7 dagen
- Verwijderen van de poortkatheternaald bij het einde van de IV therapie op _____ (datum)
- Verwijderen van de PICC katheter bij het einde van de IV therapie op _____ (datum)

Spelen van de katheter

- Voor en na elke toediening van medicatie met 10 ml
- Voor het verwijderen van de poortkatheternaald met 10 ml
- Voor het uitvoeren van een bloedname met 10 ml
- Na het uitvoeren van een bloedname met 20 ml

Datum, handtekening en stempel arts ¹

Deel 2: in te vullen door Sociale Dienst

Thuisverpleegkundige

Naam en voornaam:

Rijksregisternummer:

Adres:

Telefoon/GSM:

Effectieve opstartdatum thuis
(na overleg thuisverpleegkundige en
behandelend arts)

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.