

Naam en voornaam:

.....

 Geboortedatum:

.....

Thuismedicatieformulier

Neem jouw thuismedicatie mee bij een ziekenhuisopname

Gelieve onderstaande lijst zo volledig mogelijk in te vullen, eventueel met hulp van jouw huisarts of apotheker

Medicatie + Sterkte (Bijvoorbeeld: Pantomed 20mg)	vorm*	aantal /dag	ontbijt	middag- maal	avond- maal	slapen	opmerkingen (bij pijn, nuchter, ...) (gestopt pre-OK: .././...)
			aantal	aantal	aantal	aantal	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

* co (comprimé)/ bruisco (bruiscomprimé)/caps (capsule)/siroop/SC/IM/Subling/IV/aerosol/ inhalatie/ dermaal/ ...

Kruis aan of je/de patiënt al dan niet één van onderstaande geneesmiddelen (af en toe) inneemt en vul de tabel aan:

Bloedverduuners:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Medicatie voor 'suikerziekte':	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Hormonale preparaten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Slaappillen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Medicatie voor maagklachten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Medicatiepleisters:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Pijnstillers:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Geneeskundige kruiden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Vitaminen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Oogdruppels:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zalven:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Voedingssupplementen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Puffers:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Sputten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Homeopatische middelen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

 Andere medicatie die je slechts 1x/ week, 1x/ maand, 1x/jaar neemt: ja nee
 Antibioticumgebruik minder dan 2 weken geleden: ja nee - indien ja, welk antibioticum:
 Chemotherapie minder dan één jaar geleden: ja nee

Naam en handtekening van de patiënt
Datum:
In te vullen door de verpleegkundige of arts
Bronnen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patiënt | <input type="checkbox"/> RVT (brief/ telefonisch contact) |
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Brief verwijzend ziekenhuis |
| <input type="checkbox"/> Meegebrachte medicatie/ lijst | <input type="checkbox"/> Info vorige opname/ consultatie - datum: / / |
| <input type="checkbox"/> Huisarts (brief/ telefonisch contact) | <input type="checkbox"/> Apotheek (brief/ telefonisch contact) |

De medicatie anamnese van deze patiënt:

-
- is volledig gebeurd en de medicatielijst is compleet
-
-
- is niet volledig en dient opnieuw te gebeuren
-
-
- is niet gebeurd

Naam zorgverlener
Datum: