Doktersvoorschrift Verpleegkundige Zorgen

Naam van de patiënt: .....

TYPE VAN VERZORGING: (*)

Wondzorg (met omschrijving van de wonde) :

☐ Droog aseptisch verband ☐ enkelvoudig ☐ meervoudig
☐ Hechtingen / haakjes verwijderen
☐ Wonde(n) met drain, zonder/met aspiratie
wiek, en / of irrigatie
stift, of uitwendige fixateur
☐ Brandwond(en) (2de/3de graad) ☐ <60 cm² ☐ >60 cm²
☐ Ulcus (ulcera) ☐ <60 cm² ☐ >60 cm²
☐ Ent(en) ☐ <60 cm² ☐ >60 cm²
☐ Decubitus ☐ <60 cm² ☐ >60 cm²
☐ diepe wonden
(met aantasting van bot en/of pezen)
☐ met debrideren
☐ Toezicht op bioactief verband (maximaal 15 x / kalendermaand)

Locatie en omschrijving van de zorg: (**)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Startdatum: …. / …. / 20….

Frekwentie: .....

Duur: .....

☐ **Inspuitingen:**
☐ **I.M.** met: .....
☐ **S.C.** met: .....

☐ **Compressietherapie** – aanbrengen en/of uitdoen van:
☐ bandage(s) ☐ compressieverband(en) ☐ steunkous(en)

☐ **Zalf of geneeskrachtig product aanbrengen:**
☐ **oogdruppels en/of oogzalf** aanbrengen, vanaf de dag van ingreep tot en met max. de 30ste dag,
na een oogheelkundige ingreep op datum van: **(**)** …. / …. / 20….
☐ **Andere:** .....

☐ **Specifiek verpleegtechnische verstrekkingen (ondertekend omstandig medisch verslag bij te voegen):**
☐ IV perfusie ☐ SC perfusie ☐ zorg tracheacanule
☐ parenterale voeding ☐ epidurale analgesie **met (product):** .....
☐ Vervangen van heparineslot bij verblijfscatheter (poortcatheter of Hickman)

☐ **Gastroïntestinale zorg:**
☐ lavement ☐ sondevoeding met: .....
☐ PEG-sonde ☐ faecalomen verwijderen ☐ maagsonde plaatsen

☐ **Stoma zorg**: ☐ colostomie ☐ gastrostomie ☐ ileostomie ☐ tracheostomie ☐ cystostomie ☐ uretrostomie ☐ nefrostomie

☐ **Blaaszorg:** ☐ sondage ☐ spoeling ☐ instillatie

☐ **Wekelijks klaarzetten van medicatie (per os)per dag gesorteerd (ondertekend attest model "Bijlage 81" bij te voegen)**

☐ **Bij een psychiatrische stoornis**
☐ **Toilet** bij patiënt(e) die gedesoriënteerd in tijd en ruimte gezien hij/zij lijdt aan middelmatige of ernstige dementie (DSM III-R criteria) **(ondertekend Dementie Attest model "Bijlage 2" bij te voegen)**
☐ **Medicatietoediening** bij een chronische psychiatrische stoornis (DSM IV 295.xx of 296.xx criteria)

Stempel: (**) **Datum: (**)** **Handtekening: (**)**

(*) telkens het (sub)type wat van toepassing is aankruisen aub *(**) verplicht in te vullen velden*