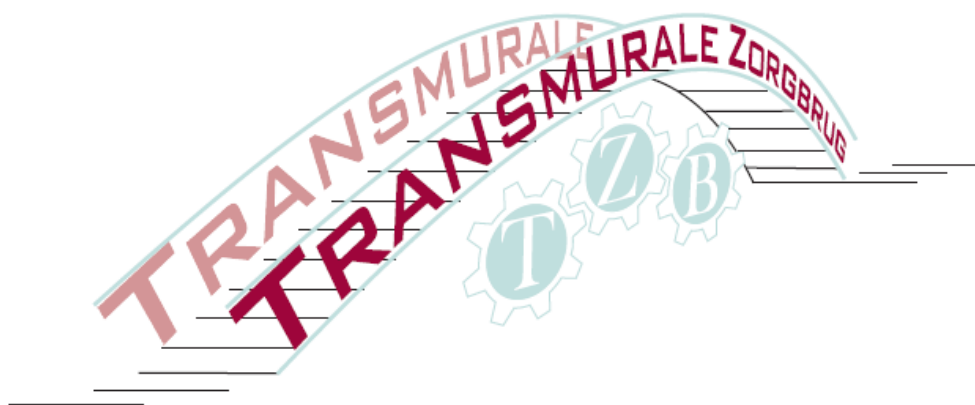


Comprehensive Geriatric Assessment

Patiënt CGA-P (3a)



Contactpersonen

Contactpersonen familie/waarnemer:

1^e contactpersoon(soort relatie)

Adres / postcode/ plaats

Tel nr.....

Mantelzorger (indien anders dan 1^e contactpersoon)

(soort relatie)

Adres / postcode/ plaats

Tel nr.....

Hulpverlening thuissituatie bij opname:

- geen
- partner
- overige familie
- kinderen
- buren/vrijwilliger
- maaltijdvoorziening
- alarmsysteem
- particuliere hulpkeer / week, voor hulp bij.....
- thuiszorg huishoudelijkkeer / week (zo ja, naam en adres noteren hieronder)
- thuiszorg verzorgendkeer / week (zo ja, naam en adres noteren hieronder)
- thuiszorg verpleegkundigkeer / week (zo ja, naam en adres noteren hieronder)
- dagbehandeling VPH SOM/PGkeer / week (zo ja, naam en adres noteren hieronder)
- dagopvang VZHkeer / week (zo ja, naam en adres noteren hieronder)
- onder behandeling bij GGZ/Psycholoog/Psychiater (zo ja, naam en adres noteren hieronder)

Kwaliteit van leven (3a)

Zet bij ieder onderwerp in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand 2 weken voor deze opname in het ziekenhuis.

1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

3. Dagelijkse activiteiten (bijv. gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zoals lezen, tv. kijken)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. Pijn/klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb matige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

5. Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

6. Denkvermogen (bijv herinneren, concentreren)

- Ik heb geen beperkingen in denkvermogens
- Ik heb enige beperkingen in denkvermogens
- Ik heb ernstige beperkingen in denkvermogens

TOT SLOT:

Om aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand 2 weken voor deze opname in het ziekenhuis ervaart, willen we u vragen dit aan te geven met een (rapport)cijfer tussen de 100 en 0.

0 betekent heel erg slecht en 100 betekent heel erg goed:

Cijfer

Lichamelijk functioneren 3a

Medicatie

Gebruikt u vijf of meer verschillende soorten medicijnen nee ja nvt

Therapietrouw

Is het u duidelijk hoe en wanneer u uw medicijnen in moet nemen? nee ja nvt

Veiligheid en bijwerkingen

Ervaart u problemen of bijwerkingen van uw huidige medicijnen? nee ja nvt

Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen? nee ja nvt

Kalmeringsmiddelen

Gebruikt u kalmeringsmiddelen? nee ja nvt

Roken en alcoholgebruik

Roken : ja,sig/per dag
 nee → gestopt sinds.....

Alcohol : ja →EH per dag
 nee

Incontinentie

Heeft u last van incontinentie? nee ja nvt

Indien ja, incontinent voor: ontlasting urine

Obstipatie

Heeft u last van obstipatie? nee ja nvt

Blaaskatheter

Heeft u een blaaskatheter? nee ja nvt

Indien ja, had u dit al thuis? nee ja nvt

Doorligplekken

Heeft u doorligplekken/wonden? nee ja nvt

Duizeligheid


Heeft u weleens last van duizeligheid? nee ja nvt

Indien ja, beïnvloedt dit uw dagelijks functioneren? nee ja nvt

Pinnummer patiënt: 111 ___ R ___

Pijn

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Slikstoornis

Heeft u moeite met slikken?

nee ja n.v.t.

Mondhygiëne:

Heeft u de afgelopen maand klachten in uw mond gehad
(pijn, zwelling, blaasje, verandering van aspect) ?

nee ja n.v.t.

Dagelijks functioneren (3a)

Slechthorendheid

Heeft u een gehoorapparaat

nee ja

Kunt u, al dan niet met gehoorapparaat, goed horen?

nee ja

Slechtziendheid

Heeft u een bril?

nee ja

Kunt u, al dan niet met bril, goed zien?

nee ja

Slaap

Ervaart u problemen met slapen?

nee ja

Gebruikt u wel eens slaapmedicatie?

nee ja

Moeheid (vraag naar situatie 2 weken voor opname)

Kost alles wat u doet moeite?

nee ja

Kost het u moeite op gang te komen?

nee ja

Mobiliteit

Kon u twee weken voor opname 5 minuten buiten lopen?

Zonder moeite

Met enige moeite

Met veel moeite

Enkel met hulp van iemand anders

Niet mogelijk

Pinnummer patiënt: 111 ___ R ___

Hoe vaak deed u 2 weken voor opname aan lichamelijke inspanning (bijv ½ uur wandelen, fietsen of zwemmen)?

- Dagelijks
- 3 keer per week
- Wekelijks
- Maandelijks
- (Vrijwel) nooit

Psychisch functioneren (3a)

Depressie (GDS-2)

1. Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld? nee ja
2. Had u de afgelopen maand minder interesse of plezier in dingen? nee ja

Angst

Voelde u zich de afgelopen maand angstig van binnen? nee ja

Handknijpkracht (3a)

Handknijpkracht

Welke hand is de dominante hand? links rechts
(= voorkeurshand)

Bepaal voor beide handen de handknijpkracht, met de NIET DOMINANTE hand beginnen.

	Handknijpkracht links	Handknijpkracht rechts
1 ^e meting		
2 ^e meting		
3 ^e meting		

De handknijpkracht is niet gemeten omdat:

- Patiënt weigert.
- Patiënt is er fysiek niet toe in staat.
- Anders, nl:

Vervolgprocedure

1. Vraag de patiënt welke contactpersoon gebeld kan worden om een aantal vragen te beantwoorden over diens rol als mantelzorger (Vragenlijst 3B Defence)
2. Vul de probleemlijst op het samenvattingsvel in; gebruik daarbij ook de vragen uit de VMS en de MMSE.
3. Vraag aan de patiënt of hij de gevonden problemen herkent en welk probleem of problemen voor hem/haar momenteel centraal staan
4. Bij psychische problemen of ≥ 5 problemen: voorstel voor zorgbehandelplan en acties door verpleegkundig consulent Geriatrie (als spelverdeler), of door onderzoeksverpleegkundige Geriatrie in overleg met geriater
5. In andere gevallen: onderzoeksverpleegkundige Geriatrie stelt zorgbehandelplan op en bespreekt dit met verpleegkundig consulent Geriatrie
6. Zorgbehandelplan wordt met patiënt en afdeling besproken als voorstel/advies
7. Zet acties in gang
8. Na bespreken behandelplan met patiënt/familie wordt informed consent gevraagd voor onderzoek TZB (formulier 4)
9. Registreer welke acties in gang zijn gezet en hoe vaak geriatrisch consult wordt gedaan per patiënt (formulier 5: Procesregistratie)