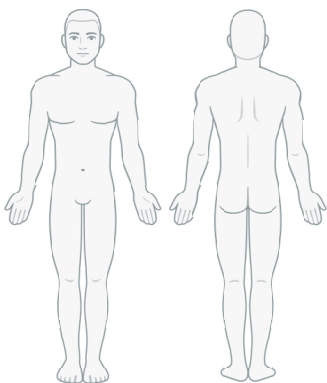


EVALUATIE VAN PIJN

Naam patiënt _____
 Geboortedatum ____/____/20____

LOKALISATIE VAN PIJN	AARD VAN DE PIJN	HOE VERLOOPT DE PIJN
Duid aan op de tekening Datum ____/____/20____ 	☐ Stekend ☐ Schietend ☐ Brandend ☐ Snijgend ☐ Kloppend ☐ Knagend ☐ Drukkend Andere: _____	☐ Wisselend ☐ Constant ☐ Neemt toe in de loop van de dag ☐ 's Nachts het meeste pijn ☐ Overdag het meeste pijn ☐ Andere: _____
	WAARDOOR VERERGERT DE PIJN ☐ Lopen ☐ Zitten ☐ Liggen ☐ Toiletgebruik ☐ Awankleden ☐ Bepaalde bewegingen ☐ Bepaalde houdingen ☐ Hoesten ☐ Andere:	WAT VERLICHT DE PIJN ☐ Warmte ☐ Koude ☐ Ontspanning ☐ Massage/wrijven ☐ Afleiding ☐ Bepaalde bewegingen ☐ Bepaalde houdingen ☐ Medicatie

De pijnmeting gebeurt aan de hand van de visuele analogieschaal. In geval van meerdere pijntypen kan je steeds meerdere kleuren gebruiken (1 kleur per type)

DATUM	____/____/20____				____/____/20____				____/____/20____				____/____/20____			
Tijdstip	VM	M	NM	AV	VM	M	NM	AV	VM	M	NM	AV	VM	M	NM	AV
10																
9																
8																
7																
6																
5																
4																
3																
2																
1																
Nacht																

EVALUATIE VAN PIJN

DATUM	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___
OPMERKINGEN				
Vb. effect / neveneffect aanpassing uitlokkende factoren				
Tarief				

Klinische aandachtspunten

- ☐ obstipatie _____
- ☐ obstipatie _____
- ☐ obstipatie _____
- ☐ obstipatie _____
- ☐ obstipatie _____
- ☐ obstipatie _____

IDENTIFICATIEGEGEVENS HULPVERLENERS / MANTELVERZORGERS

FUNCTIE/DIENST	NAAM	TELEFOON	GSM
Huisarts			
Thuisverpleegkundige			
Kinesist(e)			
Apotheker			
Personenalarmsysteem			
Gezinszorg/poetsdienst			
Maatschappelijk werk			
Warme Maaltijden			
Zorgbemiddelaar			
OCMW			
Dagzorgcentrum			
Oppasdienst			
Palliatieve equipe			
Diëtiste			

MANTELVERZORGERS

VERWANTSCHAP	NAAM	TELEFOON	GSM

In geval van nood

Telefoonnummer  /

ALGEMENE ANAMNESE

- Patiënt: _____
- Datum: ____/____/20____
- Intaker _____

Relevante info/medische voorgeschiedenis

☐ Ziekenhuisopnames:

☐ Operaties:

☐ Vroegere gezondheidstoestand:

☐ Allergieën:

☐ **Huid**

Omschrijf _____

Informatiebron _____

Datum _____

☐ **Medicatie**

Omschrijf _____

Informatiebron _____

Datum _____

☐ **Voeding**

Omschrijf _____

Informatiebron _____

Datum _____

☐ Infectiegevaar Ja, omschrijf _____

☐ Lengte _____ m ☐ Gewicht _____ kg

☐ Bloedgroep _____

Pacemaker ☐ ja ☐ nee

☐ Prothese

Andere _____

Verpleegkundige zorgen

☐ Medische diagnose / Reden thuisverpleging

☐ Toe te dienen zorgen::

☐ Startdatum thuisverpleging: / /20

NOTITIES
