

OPVOLGDOCUMENT OPAT

Gelieve dit document *dagelijks in te vullen* & *1x/week op maandag* beveiligd te mailen naar:

Noorderhart Pelt: apothekers@noorderhart.be

ZOL: opat@zol.be

Naam & geboortedatum	Antibioticum

Katheter		
Plaats: _____	Datum plaatsing: _____ Datum verwijdering: _____	
Type:		
<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Perifeer	<input type="checkbox"/> Andere
Reden verwijdering:		
<input type="checkbox"/> Einde therapie	<input type="checkbox"/> Bloeding	<input type="checkbox"/> Infectie
<input type="checkbox"/> (thrombo)flebitis	<input type="checkbox"/> Dislocatie	<input type="checkbox"/> Occlusie
<input type="checkbox"/> Beschadiging		

Katheterzorg	Datum
Verbandzorg 1x om de 7 dagen	
Vervangen Statlock®/Griplock® 1x om de 7 dagen	
Extra wondzorg + reden: (vuil, los, bloederig,...)	

- pulserend spoelen voor & na toediening medicatie met 10 ml NaCl 0,9%
- pulserend spoelen voor & na bloedname met 10 ml NaCl 0,9%
- afsluiten van katheter onder positieve druk

Controle Infusor	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum
Gewicht <u>lege</u> Infusor							
Gewicht <u>volle</u> Infusor							
	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum
Gewicht <u>lege</u> Infusor							
Gewicht <u>volle</u> Infusor							

*Weeg de lege Infusor na het afschakelen (met behulp van een keukenweegschaaltje)

*Weeg vervolgens, de nieuwe, volle Infusor. Schakel vervolgens de Infusor aan op de katheter

*Indien het gewicht van 2 opeenvolgende lege infusors MEER dan 85g bedraagt: contacteer ziekenhuis

Controle nevenwerkingen en (allergische) reacties	
Nevenwerking	(allergische) reactie
<input type="checkbox"/> moe	<input type="checkbox"/> gewrichtspijn & koorts
<input type="checkbox"/> rillingen	<input type="checkbox"/> huiduitslag (locatie: _____)
<input type="checkbox"/> jeuk	<input type="checkbox"/> blaren/loslaten van de huid
<input type="checkbox"/> diarree	<input type="checkbox"/> orgaanfalen (nier/lever)
<input type="checkbox"/> nausea/braken	<input type="checkbox"/> ademhalingsproblemen
<input type="checkbox"/> candidiase (oraal/genitaal)	<input type="checkbox"/> opzwellen gezicht/tong
Datum nevenwerking/reactie: _____	
Andere complicaties/(katheter)problemen (+ eventuele actie):	

Opvolgblad parameters p. 1/2

DATUM	TIJD	BLOEDDRUK	POLS	TEMPERATUUR	INSTEKPUNT (1x/dag)	VERBAND
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed

Opvolgblad parameters p. 2/2

DATUM	TIJD	BLOEDDRUK	POLS	TEMPERATUUR	INSTEKPUNT (1x/dag)	VERBAND
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed
.../.../20....					<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> etter <input type="checkbox"/> rood <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> zwelling	<input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> nat <input type="checkbox"/> los <input type="checkbox"/> vuil <input type="checkbox"/> bloed