

<b>VRAGENLIJST MEDICATIEBEOORDELING</b> in te vullen door persoonlijk begeleider en cliënt(vertegenwoordiger)	
Ingevuld door:	
Datum:	

<b>ALGEMEEN</b>	
Naam cliënt:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Lengte:	.....cm
Gewicht:	.....kg
Roken:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel?.....
Alcohol:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel? .....
Koffie:	Ja / Nee Zo ja, hoeveel koppen gemiddeld per dag? ..... Met cafeïne / cafeïne vrij
Drugs:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel? .....
Woonsituatie:	
Gaat cliënt naar dagbesteding?	Ja / Nee Zo ja, hoeveel dagdelen?.....
Wordt medicatie ingenomen op dagbesteding?	Ja / Nee Op welk tijdstip? .....
Komt cliënt per dag gemiddeld 15-30 min. of langer buiten?	Ja / Nee
Beweegt cliënt per dag gemiddeld 30 min. of meer?	Ja / Nee
Doet de cliënt aan sport?	Ja / Nee
Hoeveel zuivelporties neemt cliënt gemiddeld per dag?	Geen / 1 tot 3 porties / 4 of meer porties <i>1 portie = 1 glas melk, yoghurt, kwark of vla of 1 plak kaas</i>

<b>MEDISCH</b>	
Mate van verstandelijke beperking	Zwakbegaafd / Licht / Matig / Ernstig / Zeer ernstig
Is oorzaak verstandelijke beperking bekend?	Ja / Nee Zo ja, wat is oorzaak?..... .....
Onder controle bij specialist(en)?	Ja / Nee Zo ja, welke en hoe vaak? ..... ..... .....

Allergieën in dossier?	Ja / Nee Zo ja, welke? .....
	.....

MEDICIJNEN	
Hoe worden de medicijnen geleverd?	Originele verpakking / Medicijnrol / Anders, nl. .....
Wie beheert de medicijnen?	Cliënt zelf / Begeleiding
Is begeleiding aanwezig bij inname?	Ja / Nee
Neemt cliënt alle medicijnen in welke op de deel- of toedienlijst staan?	Ja / Nee Zo nee, welke niet? .....
	.....
	.....
Gebruikt de cliënt de medicijnen volgens de innametijden op de deel- of toedienlijst?	Ja / Nee Zo nee, wat zijn de gewijzigde innametijden? .....
	.....
	.....
Gebruikt de cliënt middelen die <u>niet</u> op het medicijnoverzicht staan? <i>Denk bv. aan pijnstillers of zalven van de drogist, vitaminen, kruiden- of homeopathische middelen enz.</i>	Ja / Nee Zo ja, welke? .....
	.....
	.....
Heeft de cliënt problemen met gebruik van de medicijnen? <i>Denk bv. aan weigeren, vergeten, uitspugen, slikproblemen, problemen bij inhaleren of injecteren enz.</i>	Ja / Nee Zo ja, wat zijn de problemen?.....
	.....
	.....
Heeft de cliënt een maagsonde?	Ja / Nee Zo ja, welke sonde? Neusmaagsonde / PEG-sonde/ Anders, nl.....
	.....
Worden er medicijnen gemalen voor de cliënt?	Ja / Nee Zo ja, welke medicijnen?.....
	.....
	.....
	Gemalen medicijnen worden ingenomen met Water / Appelmoes / Yoghurt / Vla / Anders, nl .....
Helpen de medicijnen van de cliënt voldoende?	Ja / Nee Zo nee, welke medicijnen niet en waarom niet? .....
	.....

	..... .....
Heeft cliënt of familie zorgen over de gebruikte medicijnen?	Ja / Nee    Zo ja, welke? ..... ..... ..... .....
Zijn er nog vragen of opmerkingen over de medicijnen van de cliënt die nog niet in deze vragenlijst worden genoemd?	Ja / Nee    Zo ja, welke? ..... ..... ..... ..... .....

<b>Heeft de cliënt last van een van onderstaande problemen/klachten?</b> (Zo ja, kruis dan hokje aan en licht zo nodig toe)	
<input type="checkbox"/> (Hoofd)pijn	Zo ja, waar en hoe vaak?..... .....
<input type="checkbox"/> Kortademigheid	Zo ja, wanneer en hoe vaak? ..... .....
<input type="checkbox"/> Vocht vasthouden in voeten of benen	Zo ja, wanneer en hoe vaak? ..... .....
<input type="checkbox"/> Jeuk	Zo ja, waar en hoe vaak? ..... .....
<input type="checkbox"/> Duizeligheid	Zo ja, wanneer en hoe vaak? ..... .....
<input type="checkbox"/> Dutjes overdag	
<input type="checkbox"/> Sufheid	
<input type="checkbox"/> Verstopping	
<input type="checkbox"/> Diarree	
<input type="checkbox"/> Problemen met plassen	Zo ja, welke? Is dit 's nachts of overdag? ..... ..... .....

<input type="checkbox"/> Veel speeksel/kwijlen	
<input type="checkbox"/> Droge mond	
<input type="checkbox"/> Vallen	Zo ja, wanneer voor het laatst gevallen? Wat was de oorzaak? Heeft cliënt toen iets gebroken? .....
<input type="checkbox"/> Problemen met bewegen <i>Denk aan veel bewegen/ niet stil kunnen zitten, stijfheid / moeilijk kunnen bewegen, onwillekeurige of abnormale bewegingen, tremor enz.</i>	Zo ja, welke problemen?.....
<input type="checkbox"/> Maskergelaat / verminderde mimiek	
<input type="checkbox"/> Onduidelijker praten	
<input type="checkbox"/> Epileptische aanvallen	
<input type="checkbox"/> Dingen zien of horen die anderen niet zien of horen	
<input type="checkbox"/> Angst	
<input type="checkbox"/> Somberheid	
<input type="checkbox"/> Veranderde eetlust	Zo ja, is de eetlust toegenomen of afgenomen? .....
<input type="checkbox"/> Verandering gewicht	Zo ja, is sprake van gewichtstoename of -afname? .....
<input type="checkbox"/> Gedragsproblemen	Zo ja, welke? Wanneer treden deze op? .....
<input type="checkbox"/> Seksuele disfunctie <i>bv. problemen met masturberen</i>	Zo ja, welke?.....
<input type="checkbox"/> Huidproblemen	Zo ja, welke en waar? .....
<input type="checkbox"/> Borstvorming bij mannen	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk.....	

Hartelijk dank voor het invullen!