

**Verzoek tot het uitvoeren van risicovolle c.q. voorbehouden handelingen m.b.t. infusietherapie en medicatie.**

Gegevens opdrachtgever: (huis) arts	
Naam	
Specialisme	AGB:
Telefoonnummer	
Datum consult cliënt	

**Verzoekt onderstaande verpleegkundige en/ of risicovolle c.q. voorbehouden handeling uit te voeren bij cliënt:**

Clientgegevens (of kopie ziekenhuispasje)	
Voorletters:	BSN:
Naam incl. geboortenaam:	Naam en tel. Apotheek:
Adres, Postcode, Plaats:	Verzekeraar: Polisnummer:
Geboortedatum: __/__/__	
Diagnose:	
Diagnose:	
Complicaties/ bijzonderheden:	
Beschrijving opdracht:	
Handeling: Alle medicatie/ infuus gerelateerde handelingen. (aanvinken wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> Inbrengen infuusnaald <input type="checkbox"/> inbrengen insuflon/ vlindernaald <input type="checkbox"/> Aanprikken PAC naald <input type="checkbox"/> Aanprikken shunt <input type="checkbox"/> Verzorgen PICC/ Midline/ PAC/ Hickman/infuusnaald <input type="checkbox"/> Verwijderen PICC/ Midline/ PAC/infuusnaald <input type="checkbox"/> Injecteren: intramusculair/ subcutaan <input type="checkbox"/> Bloedtransfusie/TPV/Cytostatica/Antibiotica <input type="checkbox"/> Anders nl:
Datum ingang: / /20	
Frequentie (indien geen geneesmiddel) X per dag/ week/ maand *	
Duur van de handeling    uur    minuten	
Stop datum: / 20	
Indien medicatie, vul alle onderstaande gegevens in:	
Naam medicijn:	Basisconcentratie medicijn mg/ml    mg/    ml
Indien oplossing:	Concentratie: Naam oplosvloeistof:
Toedieningswijze: <input type="checkbox"/> S.C. <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> oraal <input type="checkbox"/> rectaal <input type="checkbox"/> cutaan <input type="checkbox"/> intraveneus <input type="checkbox"/> via centrale lijn	
Frequentie dosering:	X per <input type="checkbox"/> dag/ <input type="checkbox"/> week/ <input type="checkbox"/> maand*

Toe te dienen dosering:	mg per keer
indien continue infuus dosering per uur beschrijven:	mg/uur
Bolus/ dosis	mg max X per 24 uur
<b>Behandelplan bloedtransfusie/ TPV, vul alle onderstaande gegevens in:</b>	
Toedieningswijze:	<input type="checkbox"/> via centrale lijn <input type="checkbox"/> intraveneus
Frequentie dosering:	X per <input type="checkbox"/> dag/ <input type="checkbox"/> week/ <input type="checkbox"/> maand*
Toe te dienen dosering:	ml per keer
indien continue infuus dosering per uur beschrijven:	ml/uur
Bolus/ dosis	mg max X per 24 uur
<b>Benodigde materialen zijn ingevuld op ZN formulier</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Geldigheidsduur* ALTIJD 1 VAN DE 3 AANVINKEN ANDERS IS HET UITVOERINGSVERZOEK NIET GELDIG!</b>	
<input type="checkbox"/> Geldigheidsduur komt overeen met bovengenoemde stopdatum <input type="checkbox"/> Uitvoeringsverzoek is 12 maanden geldig <input type="checkbox"/> Anders nl: ___/___/20__	
De handeling wordt uitgevoerd conform protocollen van Vilans, waarin de contra-indicaties en de mogelijke complicaties zijn beschreven. Er zijn door de opdrachtgever geen contra-indicaties geconstateerd voor de uitvoering van de handeling bij de cliënt.	
Indien de huisarts niet de opdrachtgever is, is hij/zij door de opdrachtgever geïnformeerd over de handeling.	
Specifieke aanwijzing:	
<b>Uitvoering:</b>	
<b>Op basis van ZVW/AWBZ:</b> <input type="checkbox"/> Aangezien er geen sprake is van MSVT of sprake is van verpleging i.v.m. thuisbeademing, Palliatieve Terminale zorg (PTZ) of bij kinderen tot 18 jaar. Er wordt een indicatie aangevraagd bij het CIZ/Wijkvbk. Aangevraagd ZVW/AWBZ indicatie:.....	
<b>Op basis van MSVT:</b> <input type="checkbox"/> (Medisch Specialistische Verpleging in de thuissituatie) <input type="checkbox"/> Hoog complexe zorg : Gespecialiseerd team vereist. <input type="checkbox"/> Laag complexe zorg : Verpleging kan geleverd worden door regulier verpleegkundigen	
De handeling zal worden uitgevoerd door: ExperTcare BV. Perkinsbaan 14, 3439 ND, Nieuwegein KiZo fax: 030 - 600 87 29	Anders namelijk:

**Handtekening opdrachtgever:**

**datum ondertekening: ...-.-20..**