 

**Alarmsymptomenlijst PIN-NUMMER:** | | | | | | | | |

Heeft de cliënt last van één van de hieronder genoemde klachten? Indien ja, noteer **JA** in de kolom ‘last’ en vraag door: ‘Gaat het om een nieuwe klacht?’ **(JA/NEE),** ‘Is de klacht acceptabel?’ **(JA/NEE)** en ‘**Denkt** de cliënt dat de klacht door een medicijn wordt veroorzaakt?’ **(JA/NEE)**. Indien ja, noteer de naam van dat medicijn. Heeft de cliënt last van een klacht die niet in de lijst staat? Noteer de klacht in de lege regel onderin. Stuur de alarmsymptomen- en gebruiksproblemenlijst **<24 uur** na het huisbezoek naar:….

##### LET OP: is er sprake van een acute klacht? Bel altijd 112.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LAST?** | **NIEUW?** | **ACCEPTABEL?** | **NAAM MEDICIJN?** |
| **Cardiaal** |  |
| - Pijn op de borst |  |  |  |  |
| - Sterk verhoogde/verlaagde\* bloeddruk t.o.v.normaal |  |  |  |  |
| - Toename gewicht van 2 kg of meer binnen 2-3 dagen en/of toename zwelling in benen, buik,enkels \* |  |  |  |  |
| - (Verergering) van benauwdheidsklachten/ ’snachts kortademig wakker worden \* |  |  |  |  |
| - Plotseling snelle/onregelmatige\* hartslag |  |  |  |  |
| - Duizeligheid bij opstaan |  |  |  |  |
| - Roodglanzend en/of pijnlijk been(trombosebeen) |  |  |  |  |
| **Bloedingen** |  |
| - Zwarte ontlasting |  |  |  |  |
| - Toename van blauwe plekken/regelmatigbloedneuzen \* |  |  |  |  |
| **Neurologie** |  |
| - Onlangs (flauw)gevallen |  |  |  |  |
| - Verlammingen (in het gezicht/aan een zijde vanhet lichaam) en moeilijk kunnen spreken |  |  |  |  |
| - Verward (delirant) |  |  |  |  |
| - Verminderd/veranderd bewustzijn (suf) |  |  |  |  |
| - Toename hoofdpijn |  |  |  |  |
| **Maag en darmen** |  |
| - Meer dan 5 dagen geen ontlasting |  |  |  |  |
| - Misselijkheid, braken en/of geen eetlust\* |  |  |  |  |
| - Brandend maagzuur |  |  |  |  |
| - Maagpijn |  |  |  |  |
| **Overige** |  |
| - Toename vermoeidheid (lusteloos) |  |  |  |  |
| - Meer dorst dan normaal |  |  |  |  |
| - Droge mond en/of minder goed kunnen plassendan normaal\* |  |  |  |  |
| - Forse spierpijn |  |  |  |  |
| - Kriebelhoest |  |  |  |  |
| - Andere klacht, namelijk: |  |  |  |  |

 

Heeft de cliënt problemen met de inname, therapietrouw en/of het integreren van medicijnen in het dagelijks leven? Signaleer en inventariseer aan de hand van onderstaande vragen eventuele problematiek met het medicijngebruik. Vink “JA” aan indien van toepassing en licht het toe in het opmerkingenveld. Ook overige opmerkingen over het medicijngebruik en/of klachten kunnen in het opmerkingenveld genoteerd worden.

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNALEREN MEDICATIEBEHEER** | **JA?** |
| * De cliënt bewaart nog oude (niet meer gebruikte) medicijnen tussen nog te gebruiken medicijnen *(bv. omdat baxterrol niet is aangepast met de gewijzigde medicijnen)*
* De cliënt heeft medicatie in weekdoos of baxterzakjes van dagen die al voorbij zijn
 | OO |
| * De cliënt heeft de medicijnen niet goed geordend en/of laat medicijnen rondslingeren *(bv. medicijnen worden op verschillende plekken en/of in verschillende bewaarsystemen bewaard)*
* De cliënt gebruikt medicijnen waarvan de houdbaarheidsdatum is verstreken *(bv. door laaggeletterdheid en de data niet wordt begrepen, of door slechte visus waardoor de datum niet kan worden gelezen)*
* De cliënt bewaart medicijnen in verkeerde verpakkingen en/of niet volgens voorschrift *(bv. koel, droog, donker)*
 | OO O |
| **VRAGEN GEBRUIKSPROBLEMEN** | **JA?** |
| * Heeft de cliënt moeite met medicatie op tijd bestellen waardoor er regelmatig geen of onvoldoende medicatie in huis is?
* Heeft de cliënt moeite om medicijnen uit elkaar te houden? *(bv. teveel tegelijk)*
* Heeft de cliënt moeite met het inpassen van de medicijnen in het dagschema?
* Heeft de cliënt moeite met het lezen en/of begrijpen van de etiket op de verpakking(en)? *(bv. laaggeletterd, slechte visus)*
* Heeft de cliënt moeite met openen van verpakkingen/uitdrukken medicijnstrips?
* Heeft de cliënt moeite met het gebruiksklaar maken/toedienen van medicijnen? *(bv. insuline spuiten, inhaleren, ogen of oren druppelen, oogzalf aanbrengen, medicijnpleisters aanbrengen, trombosedienst tabletten)*
* Heeft de cliënt moeite met het innemen van de medicatie? *(bv. door slikproblemen, vieze smaak medicijnen, niet*

*gemotiveerd om in te nemen)* | O O O O O OO |
| - Gebruikt de cliënt meer dan 3 glazen alcohol per dag? | O |
| **VRAGEN THERAPIETROUW** |
| “Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen. Veel mensen hebben een eigen manier om hun medicijnen te gebruiken. Deze manier kan afwijken van de instructies op het etiket of van wat de dokter heeft gezegd. Ik wil u enkele vragen stellen over uw medicijngebruik. Hierbij zijn geen goede of foute antwoorden.”* **Welk(e) medicijn(en) bent u sinds uw ziekenhuisopname voor uw hart wel eens vergeten in te nemen?**

Toelichting: * **Hoe vaak bent u het vergeten sinds uw ziekenhuisopname voor uw hart?**

Toelichting: * **Welk(e) medicijn(en) heeft u sinds uw ziekenhuisopname voor uw hart bewust anders ingenomen dan voorgeschreven door de arts?** (*bv. meer, minder, overgeslagen, gestopt)*

Toelichting:  |

**OVERIGE OPMERKINGEN**

**Medicatieverificatie PIN-NUMMER:** | | | | | | | | |

1. Vraag de cliënt om alle medicijnen die hij/zij gebruikt erbij te halen: Controleer of deze overeenkomen met de informatie uit de ontslaglijst van het ziekenhuis. Let hierbij op de juistheid van het medicijn, de sterkte en het gebruik.
2. Controleer op aanwezigheid van: zelfzorgmedicatie (bv. kruidenpreparaten, pijnstillers, vitaminen), medicatie dat van het internet besteld wordt of gebruikt wordt van familie.

**Indien een medicijn, sterkte en/of gebruik afwijkt van de ontslaglijst en/of additionele medicijnen gebruikt worden, benoem dit in de extra regels hieronder. Noteer het juiste medicijn, de sterkte en/of het gebruik (zie ook hieronder in het voorbeeld).**

|  |
| --- |
| **Afwijkende en/of additionele medicatie** |
| **Medicijnnaam en vorm** | **Sterkte** | **Gebruik** | **Tijdstip** |
| ***VB. Metoprolol met gereguleerde afgifte******tablet*** | ***50 mg*** | ***1x daags 1 stuk*** | ***19:00*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Ga na of er sprake van één of meer van de volgende problemen:
* Antistolling medicatie is niet door gedoseerd
* Er is geen nitrospray voorgeschreven ondanks indicatie (pijn op de borst)
* Insulineschema was niet afgesproken
* Medicatie is bij ziekenhuisontslag niet omgezet in de medicatie die patiënt thuis gebruikt
* Patiënt gebruikt NSAID’s, maar geen maagbeschermers
* Patiënt ≥80 jaar en gebruikt acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium, maar geen maagbeschermer
* Patiënt gebruikt opiaten op vaste tijdstippen, maar geen laxantia
* Onduidelijk of medicatie die voor opname werd gebruikt moeten worden doorgezet
* Zo nodig medicatie is voorgeschreven, maar onduidelijk hoe vaak / tot wanneer dit wordt gebruikt
* Er is geen stopdatum voor kuren afgesproken
* Anders:

**Stuur de lijst <24 uur na het huisbezoek naar:** ….