|  |
| --- |
| Voortraject en zorgtraject Diabetes type 2 |
| Verwijsbrief van huisarts voor diabeteseducatie |

*Van:*

Huisarts: …………………………………………………………. Adres: …………………………………………………………….. ……………………………………………………………………….. Telefoon: ……………………………………………………….. GSM: ………………………………………………………………. RIZIV-nr.: …………………………………………………………

*Betreft:*

Patiënt: …………………………………………………………… Rijksregisternummer: …………………………………….. Adres:……………………………………………………………… ………………………………………………………………………… Telefoon:………………………………………………………… GSM: ……………………………………………………………….

Verzekeringsinstelling (VI): ……………………………..

Datum: …………………….. *Aan:*

Discipline: ……………………………………………………………

Telefoon: …………………………………………………………… GSM: ………………………………………………………………….

*Zorgteam:*

Apotheker: ………………………………………………………

Diabeteseducator: …………………………………………..

Diëtist: …………………………………………………………….

Kinesitherapeut: ………………………………………………

Podoloog: ………………………………………………………..

Endocrinoloog: ………………………………………………..

Oftalmoloog: ……………………………………………………

Verpleegkundige: ……………………………………………..

Andere: …………………………………………………………….

Reeds naar diëtist verwezen i.k.v. voortraject of zorgtraject?

Nee  Ja

Reeds naar podoloog verwezen i.k.v. voortraject of zorgtraject?

Nee  Ja

1. REDEN VAN VERWIJZING

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ADMINISTRATIEF

* Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds: ……/……/…….
* Datum start voortraject diabetes type 2: ……/……/…….
* Datum start zorgtraject diabetes type 2: ……/……/…….
* Heeft de patiënt al diabeteseducatie gehad in het voortraject?  Nee  Ja
* Heeft de patiënt al diabeteseducatie gehad in het zorgtraject?

Nee  Ja, via een eerstelijns diabeteseducator  Ja, via diabetesconventiecentrum

* Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie?  Nee  Ja

3. ANTECEDENTEN

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. ALLERGIEEN EN INTOLERANTIES

Allergieën: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Intoleranties: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE: Gewicht: ………………… kg

Lengte: …………………. m BMI: ……………………… kg/m² Buikomtrek: …………. cm

BLOEDDRUK: ……/……..

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/……

6. LEVENSSTIJL (voeding, alcohol, lichaamsbeweging, rookstatus, …)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. MEDICATIEGEBRUIK

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam medicatie | Dosis/dag | Tijdstip | | | |
| ‘s morgens | ‘s middags | ‘s avonds | voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. LABORESULTATEN *(of* *kopie* *van* *labo* *in* *bijlage)*

LABO:

HbA1c: ………………… Hemoglobine: ……………………….. Totaal cholesterol: ………………….. LDL cholesterol: ……………………… HDL cholesterol: ……………………… Triglyceriden: …………………………. Serum creatinine:……………………. eGFR (MDRD formule): …………… Nuchtere glycemie: …………………

URINE:

Proteïnurie: ………………………….. Microalbuminurie: …………………

Albumine/creatinine: …………….

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

9. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VOOR EDUCATIE

Acute complicaties

Hypo- en hyperglycemie

Chronische complicaties

Sociale aspecten

Retinopathie  Nefropathie

Neuropathie

Diabetische voet en wondzorg  Seksuele problemen

Reizen

Patiëntenorganisaties  Rijbewijs

Verzekering  Solliciteren

Ziekte-inzicht

Medicatie en materiaal

Gebruik insulinepen en injectietechniek

Gebruik glucometer en interpretatie

Andere: …………………………………………

10. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Met vriendelijke groet, Stempel + handtekening huisarts

Dr. …………………………………………..