|  |
| --- |
| 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. …………………………………………..