

Anti-decubitus materiaal (zitkussen en matras)

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van anti-decubitus materiaal (zitkussen en matras) door de behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
 Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
 Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
 Adres: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
 E-mail: _____



AD-materiaal komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de patiënt hierop langdurig is aangewezen vanwege een verhoogd risico voor het ontstaan van decubitus. AD-materiaal dat gebruikt wordt als matras bij bijvoorbeeld ligproblemen of rugklachten komt niet voor vergoeding in aanmerking.

1. Uitgebreide medische indicatie:

2. Hoeveel tijd wordt in bed doorgebracht?

minder dan 10 uur 10 tot 15 uur meer dan 15 uur

3. Wordt het matras preventief of curatief ingezet?

preventief curatief

4. Stadium decubitus:

	locatie decubitus
<input type="checkbox"/> niet wegdrukbaar roodheid/cyanose	
<input type="checkbox"/> locatie decubitus	
<input type="checkbox"/> blaarvorming	
<input type="checkbox"/> oppervlakkige decubitus	
<input type="checkbox"/> diepe decubitus	

5. Soort matras:

vezelmatras drukverdelend matras statisch luchtmatras opleg watermatras low air matras wisselligging matras

Onderstaande alleen invullen indien u geen bestaande risicoscorelijst van bijvoorbeeld de thuiszorg verstuurt.

Risicoscorelijst decubitus

Aantal punten	0	1	2	3	punten
Mentale toestand	goed	lusteloos, gedepri-meerd, gedesorien-teerd, angstig	zwaar depressief, psychotisch verward, volledig apathisch	stuporeus comateus	
Neurologie	geen afwijkingen	geringe stoornissen, krachtsverminderingen	sensibiliteits-stoornissen, lichte hemiparese (x 2)	hemiparese (2 maal de score) dwarslaesie (onder Th 6 = 3 maal de score, boven Th 6 = 4 maal de score)	
Mobiliteit	goed	licht beperkt, loopt met hulp, rolstoel-patiënt met goede armfunctie	voornamelijk bed-legerig, alleen uit bed bij wassen en bed verschonen, hele dag passief in de stoel	geheel bedlegerig	
Voedings-toestand	goed: goed gewicht, gezonde eetlust, albumine 30–50 g/l	ongewenst gewichts-verlies (>5% binnen 6 maanden; 2,5% binnen 1 maand), verminderde eetlust, albumine < 35 g/l	ongewenst gewichts-verlies (> 10% binnen 6 maanden; 5% binnen 1 maand) braken of diarree, sterk vermin-derde eetlust, albumine = < 30 g/l	ongewenst gewichts-verlies (> 20% binnen 6 maanden; 10% binnen 1 maand), geen eetlust, albumine < 20 g/l	
Voedsel (eten en drinken)	voedselinname volgens de aanbevolen hoeveelheden, volledige sonde-voeding, volledige parenterale voeding	meer dan 1 week minder gegeten dan de aanbevolen hoeveelheden, gedeeltelijke voeding of parenterale voeding en geen overige voeding	meer dan 5 dagen nauwelijks voedsel-inname, gedeeltelijke bijvoeding en geen overige voeding	meer dan 5 dagen geen voeding en geen suppletie, langer dan 5 dagen een glucose-/ NaCl-infuus	
Incontinentie	geen	af en toe urine	urine en / of faeces bij urincatheter, uritip	geheel incontinent	
Leeftijd	jonger dan 50 jaar	ouder dan 50 jaar	ouder dan 60 jaar	ouder dan 70 jaar	
Temperatuur	lager dan 37,5	hoger dan 37,5	hoger dan 38,5	hoger dan 39,0 of lager dan 35,0	
Medicatie	geen	corticosteroiden, anti-coagulantia (niet calperine)	slaapmiddelen, pijnstillers, tranquili-zers, orale antibiotica	parenterale antibiotica	
Diabetes	geen	alleen dieet	dieet / orale middelen	dieet / insuline	
Totaalscore					

Voor de berekening van het percentage gewichtsverlies geldt de volgende formule:

$$\% \text{ gewichtsverlies} = \frac{\text{normale gewicht} - \text{huidige gewicht}}{\text{normaal gewicht}} \times 100$$



Ondertekening behandelend arts of transferverpleegkundige

Naam: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____



Dit formulier kunt u sturen naar de leverancier van uw keuze. Via onze website www.pzp.nl/zorgvinden vindt u alle leveranciers waar voor de PZP een overeenkomst mee is gesloten. U kunt ook contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.