

Voortraject en zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts voor diabeteseducatie

Datum: .....

*Van:*

Huisarts: .....

Adres: .....

.....

Telefoon: .....

GSM: .....

RIZIV-nr.: .....

*Betreft:*

Patiënt: .....

Rijksregisternummer: .....

Adres:.....

.....

Telefoon:.....

GSM: .....

Verzekeringsinstelling (VI): .....

*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. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën:

.....  
.....

Intoleranties:

.....  
.....

5. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE:

Gewicht: ..... kg

Datum: ...../...../.....

Lengte: ..... m

Datum: ...../...../.....

BMI: ..... kg/m<sup>2</sup>

Datum: ...../...../.....

Buikomtrek: ..... cm

Datum: ...../...../.....

BLOEDDRUK:

...../.....

Datum: ...../...../.....

6. LEVENSTIJL (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: .....               | Datum: ...../...../..... |
| Hemoglobine: .....         | Datum: ...../...../..... |
| Totaal cholesterol: .....  | Datum: ...../...../..... |
| LDL cholesterol: .....     | Datum: ...../...../..... |
| HDL cholesterol: .....     | Datum: ...../...../..... |
| Triglyceriden: .....       | Datum: ...../...../..... |
| Serum creatinine:.....     | Datum: ...../...../..... |
| eGFR (MDRD formule): ..... | Datum: ...../...../..... |
| Nuchtere glycemie: .....   | Datum: ...../...../..... |

URINE:

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Proteïnurie: .....         | Datum: ...../...../..... |
| Microalbuminurie: .....    | Datum: ...../...../..... |
| Albumine/creatinine: ..... | Datum: ...../...../..... |

9. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VOOR EDUCATIE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acute complicaties      | <input type="checkbox"/> Hypo- en hyperglycemie                  |
| <input type="checkbox"/> Chronische complicaties | <input type="checkbox"/> Retinopathie                            |
|  | <input type="checkbox"/> Nefropathie                             |
|  | <input type="checkbox"/> Neuropathie                             |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetische voet en wondzorg            |
|  | <input type="checkbox"/> Seksuele problemen                      |
| <input type="checkbox"/> Sociale aspecten        | <input type="checkbox"/> Reizen                                  |
|  | <input type="checkbox"/> Patiëntenorganisaties                   |
|  | <input type="checkbox"/> Rijbewijs                               |
|  | <input type="checkbox"/> Verzekering                             |
|  | <input type="checkbox"/> Solliciteren                            |
| <input type="checkbox"/> Ziekte-inzicht          |  |
| <input type="checkbox"/> Medicatie en materiaal  | <input type="checkbox"/> Gebruik insulinepen en injectietechniek |
|  | <input type="checkbox"/> Gebruik glucometer en interpretatie     |
| <input type="checkbox"/> Andere: .....           |  |

10. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....  
.....

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts