

AANVRAAGFORMULIER

Infuuspomp en hulpmiddelen voor intraveneuze infuustherapie met of zonder medicatie via Mediq

- 1e aanvraag voor thuistoediening. *Gewenste leverdatum* _____
- Verlenging/wijziging medicatie. *Nieuwe dosering/verlenging geldt vanaf datum* _____

1

GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Naam voorschrijver _____ Telefoon _____
Naam instelling _____ Afdeling _____
Specialisme _____
AGB-code _____
Datum _____ Handtekening _____

2

GEGEVENS PATIËNT (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ PC en plaats _____
Zorgverzekeraar _____ BSN _____
Geboortedatum _____ Indien <12 jaar, gewicht is _____ kg
Indien verminderde nierfunctie, de nierfunctie van de patiënt is: _____
Telefoonnummer (overdag bereikbaar) patiënt en of contactpersoon voor maken afspraak levering: _____
Afwijkend afleveradres: _____
Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? ja nee
Stuur rekening naar: Instelling _____ Inkoopnummer _____
E-mail _____ Telefoon _____
Naam tekenbevoegde _____

3

DIAGNOSE EN THERAPIE

Diagnose _____

De medicatie moet door Mediq Tefa worden geleverd. Ik voeg het originele recept als bijlage toe.
Medicatie voor flushen:
 Heparine = _____ EH / _____ ml) flacon 10ml NaCl 0,9% zakje 100ml NaCl 0,9% posiflush
Naam 'eigen' apotheek patiënt: _____ Plaats 'eigen' apotheek patiënt: _____

De medicatie wordt door de ziekenhuisapotheek of 'eigen' apotheek van de patiënt geleverd.
Naam leverende apotheek patiënt: _____ Plaats leverende apotheek patiënt: _____

Selecteer de gewenste medicatie:

Antibioticum

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> amoxicilline | <input type="checkbox"/> cefuroxim | <input type="checkbox"/> meropenem | <input type="checkbox"/> ertapenem (niet vergoed) |
| <input type="checkbox"/> amoxicilline/
clavulaanzuur | <input type="checkbox"/> cefotaxim | <input type="checkbox"/> piperacilline/
tazobactam | <input type="checkbox"/> tobramycine* |
| <input type="checkbox"/> benzylpenicilline | <input type="checkbox"/> ciprofloxacine | <input type="checkbox"/> teicoplanine | <input type="checkbox"/> vancomycine* |
| <input type="checkbox"/> cefazoline | <input type="checkbox"/> clindamycine | <input type="checkbox"/> rifampicine | <input type="checkbox"/> gentamycine* |
| <input type="checkbox"/> ceftazidim | <input type="checkbox"/> erytromycine | <input type="checkbox"/> colistine (alleen
vergoed in elastomeer) | <input type="checkbox"/> anders,
nl.: _____ |
| <input type="checkbox"/> ceftriaxon | <input type="checkbox"/> flucloxacilline | | |
| | <input type="checkbox"/> imipenem/cilastatine | | |

* Frequentie labbepaling: _____ x per _____ Welke dag: _____

Andere medicatie

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> aciclovir | <input type="checkbox"/> foscarnet | <input type="checkbox"/> fluconazol | <input type="checkbox"/> metronidazol |
| <input type="checkbox"/> cinryze | <input type="checkbox"/> ganciclovir | <input type="checkbox"/> furosemide | <input type="checkbox"/> micafungine (niet vergoed) |
| <input type="checkbox"/> deferoxamine | <input type="checkbox"/> methylprednisolon | <input type="checkbox"/> ganciclovir | <input type="checkbox"/> voriconazol |
| <input type="checkbox"/> fluconazol | <input type="checkbox"/> deferoxamine | <input type="checkbox"/> methylprednisolon | <input type="checkbox"/> anders, |
| | | | nl.: _____ |

Infuustherapie

- Continue: hoeveel dagen _____
- Giften: aantal giften per dag _____ hoeveel dagen _____
- Startdatum _____ Stopdatum _____

4

INFUUSPOMP EN STARTPAKKET

- Ik vraag de infuuspomp en het startpakket aan op naam van de patiënt. Na beëindiging wordt de pomp opgehaald bij de patiënt.

- Toediening medicatie via cassette infuuszak elastomeer
- Toedieningsvorm Perifeer PICC PAC CVC
- Infuuspomp Cadd Solis Vip (bij continue met cassette)
- Cadd Plus (bij continue met cassette)
- Cadd PCA (bij continue met cassette)
- Bodyguard 323/CV (bij continue met infuuszak)
- Asena GW inclusief infuuspomp (art.nr. 2002145) (bij giften met infuuszak)
- Elastomeer

Opmerkingen: _____

Startpakket Cadd infuuspomp met cassette

- PERIF CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002625)
- PICC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002644)
- PAC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002671)
- CVC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002648)

Startpakket Asena GW met infuuszak

- PERIF ZAK ASENA GW (2002628)
- PICC ZAK ASENA GW (2002646)
- CVC ZAK ASENA GW (2002641)
- PAC ZAK ASENA GW (2002650)

Startpakket Cadd infuuspomp met infuuszak

- CVC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002629)
- PAC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002647)
- PERIF ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002624)
- PICC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002643)

Infuustas

- CADD PLUS/SOLIS/PCA TAS RUGZAK 1L (3042829)
- CADD LEGACY TAS 50/100ML BLAUW (3041795)
- CADD PLUS/SOLIS/PCA TAS 250/500ML (3042830)
- CADD LEGACY KOELTAS HEUP (3045086)
- BODYGUARD 323 TAS 50/500ML BLAUW (3051817)
- CADD SOLIS TAS 50/100ML BLAUW (3041813)

Startpakket Bodyguard 323 met infuuszak

- PERIF ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002627)
- PICC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002645)
- PAC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002649)
- CVC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002640)

Toebehoren

- NEXCARE COLD/HOTPACK MINI 10X10CM (3045561)

Instructie gewenst voor patiënt ja nee

5

GEGEVENS TRANSFERAFDELING

Naam transferverpleegkundige _____

Telefoonnummer transferverpleegkundige _____

6

GEGEVENS THUISZORG DIE DE ZORG VOOR DE PATIËNT GAAT VERLENEN

Naam thuiszorg _____ Telefoon _____

Plaats _____

7

TOESTEMMINGSVERKLARING

- Ja**, de patiënt wilt gebruik maken van de service van Mediq Tefa en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat Mediq Tefa de benodigde informatie betreffende medische gegevens aan de betrokken zorgverlener(s) verstrekt.
- Ja**, de patiënt geeft toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven. Deze folder is te vinden op <https://www.volgjezorg.nl/> of bel met 0800-0221858
- Nee**, de patiënt geeft geen toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven. In dit geval kan Mediq geen medicatie leveren.