

**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 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/<br>clavulaanzuur | <input type="checkbox"/> cefotaxim            | <input type="checkbox"/> piperacilline/<br>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<br>vergoed in elastomeer) | <input type="checkbox"/> anders,<br>nl: _____     |
| <input type="checkbox"/> ceftriaxon                     | <input type="checkbox"/> flucloxacilline      |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> imipenem/cilastatine |  |   |

\* Frequentie labbepaling: \_\_\_\_\_ x per \_\_\_\_\_ Welke dag: \_\_\_\_\_



Ga verder op de achterzijde van dit formulier

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 infuuspmaal (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 en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat Mediq 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.