|  |
| --- |
| Zorgtraject Diabetes type 2 |
| Verwijsbrief van huisarts naar endocrinoloog |

*Van:*

Huisarts: …………………………………………………………. Adres: …………………………………………………………….. ……………………………………………………………………….. Telefoon: ……………………………………………………….. GSM: ……………………………………………………………… RIZIV-nr.: ……………………………………………………….

*Betreft:*

Patiënt: …………………………………………………………… Rijksregisternummer: …………………………………….. Adres:……………………………………………………………… ………………………………………………………………………… Telefoon:………………………………………………………… GSM: ……………………………………………………………….

 Verzekeringsinstelling (VI): ………………………………

Datum: …………………….. *Aan:*

Endocrinoloog: ………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………. ………………………………………………………………………. Telefoon: ……………………………………………………….. GSM: ……………………………………………………………...

*Zorgteam:*

Apotheker: …………………………………………………….

Diabeteseducator: …………………………………………. Diëtist: ……………………………………………………………

Kinesitherapeut: …………………………………………….

Podoloog: ………………………………………………………. Oftalmoloog: …………………………………………………..

Verpleegkundige: ……………………………………………

Andere: …………………………………………………………..

1. REDEN VAN VERWIJZING ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ADMINISTRATIEF

Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds: ……/……/…….

Heeft de patiënt reeds het voortraject doorlopen? [ ] JA / [ ]  NEE

Datum start zorgtraject diabetes type 2: ……/……/…….

Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie? [ ]  JA / [ ]  NEE

Werd er voor de patiënt een SumEHR opgesteld? [ ]  JA / [ ]  NEE

3. ANTECEDENTEN

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. ALLERGIEEN EN INTOLERANTIES

Allergieën: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Intoleranties: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. VOETRISICO

LINKS RECHTS

[ ]  Risicogroep 1 [ ]  Risicogroep 2a [ ]  Risicogroep 2b [ ]  Risicogroep 3

[ ]  Risicogroep 1 [ ]  Risicogroep 2a [ ]  Risicogroep 2b [ ]  Risicogroep 3

6. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE: Gewicht: ………………… kg

Lengte: …………………. m BMI: ……………………… kg/m² Buikomtrek: …………. cm

BLOEDDRUK: ……/……..

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/……

7. LEVENSSTIJL (voeding, alcohol, lichaamsbeweging, rookstatus, …)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. MEDICATIEGEBRUIK (zie ook Vitalink)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicatie | Dosis/dag | Tijdstip |
| ‘s morgens | ‘s middags | ‘s avonds | voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. 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: ……/……/………

10. VACCINATIESTATUS

Griep Pneumokokken

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Met vriendelijke groet, Stempel + handtekening huisarts Dr. …………………………………………..