

-2- specifiek ----- Bovenste Extremiteit -----

Type compressiehulpmiddel (keuzes):

<input type="radio"/> Zwachtel/bandage	<input type="radio"/> ACD		
<input type="radio"/> TEK	<input type="radio"/> PPD		
<input type="radio"/> Anders:			
Nadere toelichting:			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
Indien van toepassing: gekozen drukklasse:			
<input type="radio"/> Ccl 1	<input type="radio"/> Ccl 2	<input type="radio"/> Ccl 3	<input type="radio"/> n.v.t.
O Uitvoering:			
Toelichting: (optioneel)			
<hr/>			
<hr/>			

Aangedane lichaamslocatie:

meerdere opties mogelijk

<input type="radio"/> Arm	
<input type="radio"/> Hand	
<input type="radio"/> Vingers	
<input type="radio"/> Schouder	
<input type="radio"/> Links	<input type="radio"/> Beiderzijds
<input type="radio"/> Rechts	

Verstrekking:

- Machtigingsaanvraag 1^e voorziening
 - Machtigingsaanvraag herhaalvoorziening
- Datum laatste levering _____

Reden herhaalvoorziening (nadere omschrijving onder toelichting / motivatie is verplicht):

- Gewijzigde medische indicatie.
vorige indicatie _____
- Niet meer beschikken over 2 adequate hulpmiddelen i.v.m.:
 - verhoogde slijtage
 - twee stuks/paar is onvoldoende i.v.m. participatie
 - gewijzigde omvangsmaten
 - gewichtsverandering
 - groei
 - anders _____
- Veranderde uitvoering: _____
- Gewijzigde hulpvraag: _____
- Anders: _____

Toelichting/ motivatie:

LET OP!! Indien er sprake is van een aanvraag voor een herhaal- en/of aanvullende voorziening (TEK) waarbij onderstaande informatie reeds bekend is bij de zorgverzekeraar is het verder invullen van dit formulier niet noodzakelijk.

Draagadvies:

<input type="radio"/> < 3 weken	<input type="radio"/> Dag	<input type="radio"/> Aanvulling op TEK
<input type="radio"/> > 3 weken -< 6 mnd	<input type="radio"/> Nacht	<input type="radio"/> Als vervanging TEK
<input type="radio"/> > 6 mnd	<input type="radio"/> Dag en Nacht	
<input type="radio"/> Anders _____		

Reden aanvraag: *nadere omschrijving onder toelichting is verplicht*

Stadium: <input type="radio"/> Initiële fase / reductiefase / behandelfase <input type="radio"/> Consolidatie fase (onderhoudsfase)
<input type="radio"/> Aanvullend te dragen bij <input type="radio"/> Drukklasse 2 of hoger is niet mogelijk <input type="radio"/> Anders: _____
Nadere toelichting: _____ _____ _____

Status:

<input type="radio"/> Oedeem is stabiel	<input type="radio"/> Oedeem fluctueert
<input type="radio"/> Fibrose aanwezig	<input type="radio"/> Recidiverende erysipelas
<input type="radio"/> Littekens aanwezig	

Doel en participatie niveau:**Welke behandelingen worden er, naast de inzet van compressiehulpmiddelen, ingezet?**

<input type="radio"/> (Manuele) lymfedrainage	<input type="radio"/> IPC
<input type="radio"/> Endermologie	<input type="radio"/> Zwachtelen/bandages
<input type="radio"/> Bewegingstherapie	<input type="radio"/> Interventies bevordering zelfmanagement
<input type="radio"/> Voeding/Dieet	<input type="radio"/> GLI
<input type="radio"/> Anders: _____	

Doel van de inzet van het compressiehulpmiddel

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vermindering aantal behandelingen | <input type="radio"/> Vermindering thuiszorg |
| <input type="radio"/> Stabiele situatie behouden/bereiken | <input type="radio"/> Vermindering van klachten |
| <input type="radio"/> Zelfredzaamheid bevorderen | <input type="radio"/> Verbeteren bloed/lymfe
circulatie/afvoer |
| <input type="radio"/> Reduceren oedeem | <input type="radio"/> Consolidatie oedeem |
| <input type="radio"/> Voorkomen recidief | <input type="radio"/> Functioneren in de maatschappij
bevorderen |
| <input type="radio"/> Pijn verminderen | |
| <input type="radio"/> Mobilisatie: litteken/verklewing/spieren/gewricht/weefsel | |
| <input type="radio"/> Anders: | |

Heeft er nader onderzoek plaatsgevonden door de verwijzer: *meerdere antwoorden mogelijk*

Let op! Onderstaand antwoorde(n) zijn géén reden voor afwijzing van de aanvraag

Toelichting

De eerste stap op weg naar doelmatige en optimale verstrekking van compressiehulpmiddelen is een duidelijke indicatiestelling, zodat de cliënt/gebruiker die compressiehulpmiddelen nodig heeft, ook daadwerkelijk het juiste hulpmiddel geleverd krijgt. De arts, verpleegkundig specialist of nurse practitioner vertaalt zijn/haar bevindingen in een functiegerichte verwijzing. Bij enkele indicaties is er nader onderzoek gewenst. Hieronder zijn een aantal indicaties en onderzoeksmethoden weergegeven.

Verdenking van:

- CVI
- Lymfoedeem
- PAV
- DM
- Trombose (DVT)
- Varices
- Anders: _____
- Géén onderzoek bekend

Onderzoek

- Duplex onderzoek
- EAI/teendrukmeting
- Lymfscintigrafie
- Fluoroscopie
- Doppler

Verantwoording: incl. stepped care

(zie toelichting stepped care aan het eind van dit document)

Medische indicatie :

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Venus oedeem	<input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak
<input type="checkbox"/> Lymfoedeem <input type="checkbox"/> Primair <input type="checkbox"/> Secundair	<input type="checkbox"/> Klippel Trenaunay
<input type="checkbox"/> Lipoedeem	<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> PTS	<input type="checkbox"/> Veneuze insufficiëntie
<input type="checkbox"/> Arteriële Insufficiëntie	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Relevante comorbiditeiten o.a.:

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Obesitas	<input type="checkbox"/> PAV
<input type="checkbox"/> Decompensatio Cordis	<input type="checkbox"/> Huidafwijkingen
<input type="checkbox"/> Wond	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Zie voor meerdere comorbiditeiten bijlage 9 module compressiehulpmiddelen zorg (generiek kwaliteitskader hulpmiddelen)

Andere complicerende factoren: nadere omschrijving onder toelichting is verplicht

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Ernstige mate van deformatie	<input type="checkbox"/> Pijn
<input type="checkbox"/> Meerdere locaties	<input type="checkbox"/> Krachtverlies
<input type="checkbox"/> Oedeemtoename ondanks TEK	<input type="checkbox"/> Fysieke beperkingen
<input type="checkbox"/> Mentale beperkingen	
<input type="checkbox"/> Andere complexiteit(en): _____	
<input type="checkbox"/> Toelichting: _____	

Door wie wordt het compressiehulpmiddel aangebracht:

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Wijkverpleegkundige
<input type="checkbox"/> Mantelzorg	<input type="checkbox"/> Thuiszorg
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Wie houdt de supervisie:

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Huisarts/ Medisch specialist	<input type="checkbox"/> Wijkverpleegkundige
<input type="checkbox"/> Compressietherapeut/Bandagist	<input type="checkbox"/> Oedeem fysiotherapeut
<input type="checkbox"/> Huid- en oedeemtherapeut	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Stepped care vragen:

Waarom kan niet worden volstaan met (traditioneel) zwachtelen? nadere omschrijving is verplicht

<input type="checkbox"/> NVT
<input type="checkbox"/> Zwachtelen niet mogelijk door vorm, zwachtels zakken
<input type="checkbox"/> Zwachtelen is te arbeidsintensief bij deze cliënt/gebruiker omdat: _____

<input type="checkbox"/> Duur en frequentie van zwachtelsessies beperken omdat: _____

<input type="checkbox"/> Sneller resultaat/snellere genezing/bereiken stabiele situatie
<input type="checkbox"/> Locatie is niet geschikt
<input type="checkbox"/> Anders: _____

Waarom kan niet worden volstaan met een therapeutische elastische kous (TEK)?

nadere omschrijving is verplicht

- TEK alleen geeft niet voldoende druk
- Druk verhoging (lokaal)
- Druk ontlasting (offload)/ voorkomen insnoeren
- TEK kan niet zelf aangetrokken worden omdat: _____
- Zelfmanagement niet mogelijk met alleen TEK
- Ander compressiehulpmiddel is effectiever
- TEK is niet mogelijk i.v.m. vorm of plaats o.i.d..
- TEK is niet te verdragen omdat: _____

- Fluctuerend oedeem
- Anders: _____

Is de te verwachte eindsituatie een TEK? Ja Nee

Is het vervangend compressiehulpmiddel blijvend? Ja Nee

Anders: _____