

## THUISMEDICATIE

Gelieve de geneesmiddelen die u gewoonlijk thuis inneemt op dit overzicht te vermelden en dit formulier, samen met uw medicatie in de medicatie-zak, mee te brengen bij uw opname in het ziekenhuis.

Naam en voornaam: ..... Geboortedatum: ..... / ..... / ..... Datum van opname: ..... / ..... / .....

Huisarts: ..... ① ..... / ..... Huisapotheker: ..... ① ..... / .....

Bent u allergisch of overgevoelig aan bepaalde medicatie / producten?    NEE / JA (omcirkel wat van toepassing is)

Zo ja, aan wat? ..... Welke reacties vertoonde u toen? .....

Heeft u last van bijwerkingen door medicatie?

Zo ja, welke bijwerking(en)? ..... Welke medicatie? .....

Heeft u al uw geneesmiddelen mee? ..... Hebt u zelf een lijstje bij? ..... Zorgt u zelf voor uw medicatie? ..... Zo niet, wie? .....

Overzicht thuismedicatie

| Naam geneesmiddel | Eenheidsdosis | Vorm   | Aantal  |             |             |        |            | Opmerkingen | Laatste inname                | In de zak? |             |
|-------------------|---------------|--------|---------|-------------|-------------|--------|------------|-------------|-------------------------------|------------|-------------|
|                   |               |        | nuchter | bij ontbijt | middag-maal | om 16u | avond-maal |             |                               |            | voor slapen |
| bv. Aspirine      | 100 mg        | Tablet | -       | 1           | -           | -      | 1          | -           | bv. indien nodig, bv. pletten | 15/07      | ja          |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |
|                   |               |        |         |             |             |        |            |             |                               |            |             |

**Vul ook ommezijde in a.u.b.!**

Vervolg overzicht thuismedicatie

| Naam geneesmiddel | Eenheidsdosis | Vorm | Aantal  |             |             |        |            |             | Opmerkingen | Laatste inname | In de zak? |
|-------------------|---------------|------|---------|-------------|-------------|--------|------------|-------------|-------------|----------------|------------|
|                   |               |      | nuchter | bij ontbijt | middag-maal | om 16u | avond-maal | voor slapen |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |
|                   |               |      |         |             |             |        |            |             |             |                |            |

Bijkomende bevraging: Vul in met Ja of Nee. Indien Ja, voeg toe aan het overzicht thuismedicatie.

| Neemt u?  | J / N | Neemt u?  | J / N | Neemt u?  | J / N |
|---|-------|---|-------|---|-------|
| Medicatie voor uw suiker? cholesterol?  |       | Puffers? Medrol? Hoestsiroop?   |       | Oogdruppels? Oordruppels?   |       |
| Pijnstillers? bv. Dafalgan, Contramal, Dolzam, NSAID, ...                           |       | Inspuitingen? bv. Clexane, Fraxiparine, ...<br>Dagelijks/wekelijks/maandelijks/jaarlijks?   |       | Pleisters? bv. Durogesic, Transtec, Trinipatch  |       |
| Medicatie tegen maagklachten? bv. Zantac, Ranitidine, Pantoprazole, Omeprazole, ... |       | Bloedverdunders / antistolling? bv. Asaflow, Aggrenox, Cardioaspirine, Eliquis, Marcoumar, Marevan, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Sintrom ... |       | Vitamines / planten / kruiden? Andere voedingssupplementen? bv. Calcium, Ginkgo biloba, ... |       |
| Slaapmiddelen?  |       | Hormonale preparaten? Anticonceptie?  |       | Zalven? Crèmes? Gels?   |       |
| Magistrale bereidingen?   |       | Geneesmiddelen 1x /week? 1x /maand?   |       |   |       |

Is er recent nog iets aan uw medicatie gewijzigd? Werden er recent antibiotica gebruikt? Zijn er geneesmiddelen toegevoegd, gestopt of waarvan de dosis gewijzigd werd?

Neemt u al uw medicatie in? JA /NEE (omcirkel wat van toepassing is) Welke niet? .....

.....

.....