

# Transferdocument transmurale voedingszorg

## T.A.V. verantwoordelijke voeding

(na ondertekening door arts dient dit formulier als aanvraag dieetconsult)

Datum ontslag:		Naam ziekenhuis:	
----------------	--	------------------	--

### Patiëntgegevens

Naam:	
Geboortedatum:	

### Relevante Medische gegevens

--

### Antropometrische gegevens

Gebruikelijk gewicht:	kg	Lengte:	m
Huidig gewicht:	kg		
Gewichtsevolutie			
Tijdperiode gewichtsverlies:	<input type="radio"/> 3 - 6 maanden	<input type="radio"/> Laatste jaar	<input type="radio"/> Andere periode .....

### Voedingsproblemen/aandachtspunten

<input type="radio"/> kauwproblemen
<input type="radio"/> slikproblemen
<input type="radio"/> psychische problemen : <input type="radio"/> eenzaamheid, <input type="radio"/> rouwproces , <input type="radio"/> dementie
<input type="radio"/> smaakverandering
<input type="radio"/> misselijkheid/Braken
<input type="radio"/> andere .....

### Energie- en eiwitbehoefte

Energiebehoefte	kcal
Eiwitbehoefte	gram

### Voedingsadvies

Specifiek dieet:	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Eiwitrijk	<input type="radio"/> Stoma
	<input type="radio"/> Gluten-enteropathie	<input type="radio"/> Lactosebeperkt	<input type="radio"/> Andere .....
	<input type="radio"/> Calorieverrijkt	<input type="radio"/> Nierinsufficiëntie (graad . . .)	

Toelichting:	
Werkpunten:	

**Orale voeding**

Toegestaan:	ja / neen	Toelichting:
Aangepaste consistentie		
Vochtbalans, drinkt:	o voldoende	o te weinig
Voedingsvoorkeuren		
Voedingshulp:		

**Drinkvoeding**

Soort/naam		Smaakvoorkeur:	
Hoeveelheid per dag		Tijdstip van inname:	
Verwachte duur			

**Sondevoeding**

Productnaam:	
Hoeveelheid:	
Extra water	Ja / neen

**Opmerkingen of conclusie**

( bv. vervolgbegeleiding, hoe zelfstandig is de patiënt al, enz.)

<b>Ingevuld door</b>			
<b>Naam:</b>		<b>Telefoon:</b>	
<b>Functie:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Naam arts:</b>		<b>Handtekening arts:</b>	