## Uitvoeringsverzoek continue subcutane/ intraveneuze\* toediening morfine

Ondergetekende : (Huisarts of diens vervanger)



Van patiënt: Geboortedatum :

Adres: Telefoonnummer: 

BSN:



Verzoekt de verpleegkundige van TTV ZGA / Woonzorg Flevoland / Buurtzorg/ Hospice Almere\* de handeling ‘continue subcutane/ intraveneuze\* toediening morfine’ uit te voeren conform de richtlijnen beschreven in Pallialine.

# Aanvullende gegevens

1. Indicatie en diagnose:



1. Naam, dosering en toedieningswijze van het opioïd dat tot nu toe gebruikt wordt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Concentratie morfine (Sendolor): 1mg/ml 10mg/ml 20mg/ml\*
2. Dosering subcutaan/ intraveneus\* toe te dienen morfine:

Onderhoudsdosering: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/ 24 uur, dat is dan \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/uur

Extra bolus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg elke: 30 min / 1 uur / 2 uur / 3 uur / 4 uu4\*

1. Deze dosering is nagerekend door: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naam collega huisarts/ verpleegkundige/ apotheker)

1. Dit uitvoeringsverzoek geldt voor alle ophogingen volgens de pallialine richtlijnen.

De arts moet vóór een ophoging geconsulteerd worden: ja / nee

Elke ophoging zal doorgegeven worden aan de arts.

1. Verwisselen naald & lijn minimaal 1 x per week, en verder op geleide van conditie van insteekopening.
2. Patiëntgebonden punten van aandacht:

Misselijkheid/ jeuk/ ileus/ delier/ blaasretentie/ droge mond/ sufheid/ hallucinaties/ overig\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Geldigheidsduur van de opdracht: 3 mnd/ 6 mnd/ maximaal 1 jaar

Datum: Plaats: Handtekening arts:

Om patiënt aan te melden, bel: 06-30054455 (TTV ZGA), 036-3035170 (WV Woonzorg Flevoland), 06-20653071 (WV hospice Almere) of Buurtzorg.

**Ingevuld formulier per mail sturen aan apotheek de Brug EN betrokken thuiszorgorganisatie.** ([recept.debrug@zorggroep-almere.nl](mailto:recept.debrug@zorggroep-almere.nl), TTV ZGA: [ttv@zorggroep-almere.nl](mailto:ttv@zorggroep-almere.nl), WV WZF [wijkverpleegkundige-almere@woonzorgflevoland.nl](mailto:wijkverpleegkundige-almere@woonzorgflevoland.nl), Buurtzorg of Hospice Almere: hospice@zorggroep-almere.nl).

\*Doorhalen wat niet van toepassing is.

Documenteigenaar: kaderhuisarts palliatieve zorg Almere, versie 3 dd 27 juli 2022