

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: _____

2) Naam, dosering en toedieningswijze van het opioïd dat tot nu toe gebruikt wordt:

3) Concentratie morfine (Sendolor): 1mg/ml 10mg/ml 20mg/ml*

4) Dosering toe te dienen morfine:

Onderhoudsdosering: _____ mg/ 24 uur, dat is dan _____ mg/uur

Extra bolus: _____ mg elke: 3h

5) Deze dosering is nagerekend door: _____
(naam collega huisarts/ verpleegkundige/ apotheker)

6) 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.

7) Verwisselen naald & lijn minimaal 1 x per week, en verder op geleide van conditie van insteekopening.

8) Patiëntgebonden punten van aandacht:
Misselijkheid/ jeuk/ ileus/ delier/ blaasretentie/ droge mond/ sufheid/ hallucinaties/ overig*:

9) 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, TTV ZGA: ttv@zorggroep-almere.nl, WV WZF 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