



GGG Voortraject Diabetes - Verslag voor de apotheker

Naam van de patiënt: _____

Datum van het gesprek: _____

In de apotheek

Bij de patiënt thuis

Vorbereiding	
<p>Naam en (gebruikelijke) posologie van antidiabetica:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Inschatting therapietrouw op basis van aflevergegevens:</p> <p><input type="checkbox"/> Goed tot zeer goed (> 80%)</p> <p><input type="checkbox"/> Onvoldoende (< 80%)</p> <p>Datum laatste aflevering griepvaccin:</p> <p>-----</p>	<p>Mogelijk klinisch relevante interacties:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>(OTC-) geneesmiddelen met suiker:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Aan de patiënt te overhandigen documenten:</p> <p><input type="checkbox"/> Folder over diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Folder over de behandeling</p> <p><input type="checkbox"/> Folder over hypoglycemie</p>
Te overlopen punten met de patiënt	Aandachtspunten
<p><input type="checkbox"/> Vragen van de patiënt over diabetes of de behandeling?</p> <p><input type="checkbox"/> Goed gebruik Geneesmiddelen gebruikt voor diabetes? Hoeveel? Wanneer? Hoe? Problemen?</p> <p><input type="checkbox"/> Houding en bezorgdheden</p> <p>✓ Tevredenheid/gevoel?</p> <p>✓ Bezorgdheden/twijfels?</p> <p>✓ Bijwerkingen? Aanpak bijwerkingen?</p> <p><input type="checkbox"/> Therapietouw</p> <p>✓ Vergeetachtigheid? Aanpak vergeetachtigheid?</p> <p>✓ Hernieuwing geneesmiddel/voorschrift?</p> <p>✓ Aanpassen/stop behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Twijfel; gebrek aan kennis of onbegrip; onvoldoende doeltreffend? • Angst voor bijwerkingen/afhankelijkheid? • Bijwerkingen? <p><input type="checkbox"/> Tekenen van complicaties</p> <p><input type="checkbox"/> Griepvaccinatie</p> <p><input type="checkbox"/> Te bewaken (geneesmiddelen)combinaties</p> <p><input type="checkbox"/> Alarmsymptomen → arts</p>	<p>GOED GEBRUIK</p> <p><input type="checkbox"/> Posologie</p> <p><input type="checkbox"/> Innamemomenten/inname ifv maaltijd</p> <p><input type="checkbox"/> Moeilijkheden bij gebruik (problemen bij slikken of ontblisteren, delen of breken van retardvorm, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> ONGERUSTHEID/ONWETENHEID/TWIJFELS</p> <p>BIJWERKINGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Maagdarmklachten</p> <p><input type="checkbox"/> Frequent hypoglycemieën</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aanpak bijwerkingen /hypoglycemie</p> <p><input type="checkbox"/> VERGEETACHTIGHEID (> 4 keer vergeten in 2 weken)</p> <p><input type="checkbox"/> AANPAK VERGEETACHTIGHEID</p> <p><input type="checkbox"/> HERNIEUWING GENEESMIDDELVORSCHRIFT</p> <p><input type="checkbox"/> TEKENEN VAN COMPLICATIES (voetwonden, slechte wondheling, tintelingen, gevoelloosheid of 'slapend' gevoel ter hoogte van voeten en handen, gezichtsstoornissen, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> ANDERE: _____</p>

Voorgestelde oplossingen

- Extra informatie of raadgeving
- Zelfmeting bloedsuikerwaarden
- Geheugensteun, reminder
- Medicatieschema
- Pillendoos
- Individuele medicatievoorbereiding (IMV)
- Andere : _____

Feedback arts

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Onvoldoende therapietrouw<input type="checkbox"/> Optreden van ongewenste effecten:
_____<input type="checkbox"/> Frequente hypoglycemieën<input type="checkbox"/> Mogelijke medicamenteuze interacties met:
_____<input type="checkbox"/> Moeilijkheden bij gebruik (problemen bij slikken of ontblijsten, delen of breken van retardvorm,...) | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Voorstellen therapiewijziging:
_____<input type="checkbox"/> Teken van complicaties (voetwonden, slechte wondheling, tintelingen, gevoelloosheid of 'slapend' gevoel ter hoogte van voeten en handen, gezichtsstoornissen,...)<input type="checkbox"/> Afwezigheid griepvaccinatie<input type="checkbox"/> Andere: _____ |
|--|--|

Persoonlijke nota's:

