

GGG Parkinson

Invuldossier

Bijlage 1: Voorbereiding voor de apotheker

Patiëntengegevens

Initialen	
Code ([APB-nummer] – [volgnummer])	
Geboortedatum	
Geslacht	
Patiënt gaat naar Parkinson dagziekenhuis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Aanwezigen gesprek	<input type="checkbox"/> Patiënt <input type="checkbox"/> Mantelzorger
Aanleiding gesprek	<input type="checkbox"/> Voorschrift <input type="checkbox"/> Vraag Patiënt <input type="checkbox"/> Voorstel apotheker
Gebruikt materiaal tijdens gesprek en/of voorbereiding	<input type="checkbox"/> Folder <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Andere, namelijk _____

Apotheekgegevens

APB-nummer apotheek	
Datum opstart huisapotheker	
Datum gesprek GGG	___/___/_____
Datum follow-up gesprek	___/___/_____ of <input type="checkbox"/> gesprek geweigerd

Gegevens huisarts

--

Voorbereiding

Zijn er interacties tussen geneesmiddelen aanwezig? Zie ook achterzijde Indien ja: Welke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er contra-indicaties voor bepaalde geneesmiddelen? Indien ja: Welke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is de patiënt therapietrouw o.b.v. medicatiehistoriek/GFD? (gebruik hiervoor ev. digitale tool)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
- Neemt de patiënt meer? Naam GM: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
- Neemt de patiënt minder? Naam GM: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is het medicatieschema van de apotheek correct volgens medicatiehistoriek/GFD? Indien niet, noteer afwijkingen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Lijst courante interacties		
Interactie	Aanwezig GGG?	Aanwezig opvolggesprek?
Levodopa + alizapride		
Levodopa + eiwitrijke voeding		
Levodopa + benzodiazepine		
Levodopa + alcohol		
Bromocriptine + alizapride		
Bromocriptine + benzodiazepine		
Pramipexol + alizapride		
Pramipexol + benzodiazepine		
Ropinirol + alizapride		
Ropinirol + benzodiazepine		
Rotigotine + alizapride		
Rotigotine + benzodiazepine		
Tolcapon + MAO-inhibitor		
Rasagiline + sint-janskruid		
Rasagiline + MAO-B-inhibitor		
Safinamide + dextromethorphan		
Safinamide + sint-janskruid		

Bijlage 2: Bevraging geneesmiddelengebruik

Naam geneesmiddel en dosis	Therapietrouw?	Kennis indicatie?	Kennis innamemoment?		Kennis posologie?		Correcte inname?	Praktische problemen? <small>(Oplossingen? Zie tool https://bit.ly/38GwPvL)</small>
	<i>Hoe vaak vergeet je het geneesmiddel in te nemen per week/maand?</i>	<i>Waarvoor neemt u dit geneesmiddel?</i>	<i>Wanneer neemt u dit geneesmiddel?</i>	<i>Hoe vaak neemt u het GM? Hoeveel?</i>	<i>Hoe neemt u uw medicatie in (met water, bij/voor eten, ...)?</i>		<i>Ervaart u problemen bij het innemen van uw medicatie?</i>	
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	___ x per week/maand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Bijlage 3: VERSLAGBLAD GGG Parkinson

Voorzie kopie voor huisarts en patiënt

Patiëntengegevens

Naam	
Code ([APB-nummer] – [volgnummer])	
Geboortedatum	
Geslacht	

GENEESMIDDELENGEBRUIK

Gevonden geneesmiddelengebonden problemen door voorbereiding (bijlage 1) en bevraging per geneesmiddel (bijlage 2)

Probleem	Voorgestelde oplossing	Opgelost bij opvolggesprek?

Gevonden geneesmiddelengebonden problemen door bijkomende vraagstelling

	Voorgestelde oplossing Indien probleem	Opgelost bij opvolggesprek?
Heeft u nog vragen over de ziekte van Parkinson of uw geneesmiddelen? Indien ja, welke?		
Lukt het voor u om uw geneesmiddelen correct in te nemen (bv. motorisch)?		
Voelt u een effect/meerwaarde van uw geneesmiddelen?		
Hebt u bepaalde bezorgdheden rond uw medicatie?		
Wat doet u als u vergeten bent om uw medicatie in te nemen? Wat is volgens u de reden dat dit gebeurt?		
Heeft u soms geen medicatie meer in huis?		
Neemt u soms meer medicatie dan nodig? Waarom?		
Neemt u soms minder medicatie dan nodig? Waarom?		
Stopt u soms op eigen initiatief met uw medicatie? Waarom?		
Is de arts hiervan op de hoogte?		
Ervaart u bepaalde klachten, ongemakken of bijwerkingen? (Oplossingen? Zie Tool https://bit.ly/38GwPvL)		

MEDICATIESCHEMA

Patiënt bezit medicatieschema	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bron medicatieschema?	_____
Datum medicatieschema?	____ / ____ / ____
Schema in bezit patiënt nog actueel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Schema van apotheek nog actueel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>(Kijk hiervoor naar GFD, andere medicatieschema's, ...)</i>	
Is het schema duidelijk voor de patiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Nieuw medicatieschema opgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoe ervaart de patiënt de aangeboden hulp van de huisapotheker (omcirkel wat van toepassing is)	
Overbodig geen meerwaarde meerwaarde maakt echt een verschil	
Noteer hier de doorgevoerde aanpassingen aan medicatieschema van apotheek	

Aandachtspunten voor de patiënt

- **Besproken met de huisapotheker:**

- **Bespreek dit met de (huis)arts:**

Aandachtspunten voor de arts / verpleegkundige