

## EVALUATIEFORMULIER CZ MEDICATIEBEOORDELING.

Leeftijd patiënt: .....  
BSN: .....  
Levering GM via weekdoseersysteem? ja / neen  
Aantal chronische GM (>180ddd/12m) voor systemisch gebruik: .....  
Welke ATC-codes zijn van toepassing:  
A10B ja / neen  
R03 ja / neen  
C ja / neen  
Andere: ..... .....

Slechte recente labwaarden:  
Bloeddruk OK / niet OK  
Cholesterol OK / niet OK  
HbA1c OK / niet OK  
Nierfunctie OK / niet OK

Wanneer is de vorige medicatiebeoordeling uitgevoerd? ..... datum  
Heeft de hoofdbehandelaar recent een aanvraag akkoord gegeven? \* ja / neen .....  
Akkoord hoofdbehandelaar voor uitvoering van deze medicatiebeoordeling? ja / neen .....  
Akkoord verzekerde voor uitvoering van deze medicatiebeoordeling? ja / neen .....

### **Verslaglegging van de GRP's (Geneesmiddel geRelateerde Problemen):**

	ADMINISTRATIEF	
recente labwaarden bekend	ja	neen
chronische indicaties bekend	ja	neen
chronische gebruiken bekend	ja	neen
thuismedicatie bekend	ja	neen
zelfzorgmedicatie bekend	ja	neen

	INHOUDELIJK	
	<u>aantal</u>	
moeten er GM gestopt worden	ja:	neen
moeten er GM toegevoegd worden	ja:	neen
moeten er doseringen gewijzigd worden	ja:	neen
moeten er inname-tijdstippen gewijzigd worden	ja:	neen
kunnen er GM therapeutisch gesubstitueerd worden	ja:	neen

Totaal aantal interventievoorstellen .....  
Hoeveel interventievoorstellen zijn effectief doorgevoerd? .....  
Hoeveel interventievoorstellen blijven doorgevoerd na 4 weken? .....  
Hoeveel interventievoorstellen blijven doorgevoerd na 3 maanden? .....

Hoe heeft de patiënt de medicatiebeoordeling ervaren? niet tevreden / neutraal / tevreden  
(te meten via persoonlijk contact bij evaluatiemoment na 4 weken)

**Datum en handtekening uitvoerend apotheker** .....

**Handtekening verantwoordelijk apotheker \*\*** .....

\* Hiermee wordt een eventuele aanvraag van een andere zorgverlener bedoeld.

\*\* Enkel van toepassing bij verlengde arm constructie.