

Datum:

## Anamnese

Medische diagnose:

---

---

---

---

---

Nevendiagnose:

---

---

Reden doorverwijzing:

### Relevante voorgeschiedenis

|            |  |
|------------|--|
| Operaties  |  |
| Ziekten    |  |
| Anders, nl |  |

### Medicatie

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

### Huidig defecatiebeleid

|                        |                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Microlax               |                                                                                                                                                                                          |
| Dulcolax supp          |                                                                                                                                                                                          |
| Darmspoelen            |                                                                                                                                                                                          |
| Toucheren              |                                                                                                                                                                                          |
| Stimuleren/Buikmassage |                                                                                                                                                                                          |
| Anders, nl             |                                                                                                                                                                                          |
| Frequentie             | ..... x per dag/week                                                                                                                                                                     |
| Consistentie           | Bristol Schaal : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 |
| Incontinentie          | Ja / Nee Zo ja, ..... x per dag / ..... x per week                                                                                                                                       |
| Aandrang               | Gevoel Ja / Nee Passage Ja / Nee                                                                                                                                                         |
| Obstipatie             | Ja / Nee                                                                                                                                                                                 |
| Autonome dysreflexie   | Ja / Nee                                                                                                                                                                                 |

### Voorgeschiedenis defecatiebeleid

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Toegepast beleid oraal     |  |
| Toegepast beleid rectaal   |  |
| Voorgaand-defecatiepatroon |  |
| Bijzonderheden             |  |

| Intake               |           |          |       |          |
|----------------------|-----------|----------|-------|----------|
| Vochtintake (ml/dag) |           |          |       |          |
| Voedingsgewoonte     | Vezelrijk | Ja / Nee | Dieet | Ja / Nee |
| Bijzonderheden       |           |          |       |          |

| Persoonlijke factoren   |  |
|-------------------------|--|
| Cognitieve vaardigheden |  |
| Werk                    |  |
| Sociaal functioneren    |  |

| Omgevingsfactoren |                                                                                                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mobiliteit        |                                                                                                |
| Handfunctie       |                                                                                                |
| Hulp              | Mantelzorg Ja / Nee<br>Focuszorg Ja / Nee<br>Thuiszorg Ja / Nee<br>PGB Ja / Nee<br>Anders, nl: |
| Hulpmiddelen      |                                                                                                |
| Locatie laxeren   |                                                                                                |
| Anders, nl        |                                                                                                |

| Hulpvragen                   |  |
|------------------------------|--|
| Vraag/probleemstelling       |  |
| Aanleiding om hulp te zoeken |  |
| Klachten aanwezig sinds      |  |
| Verwachtingen                |  |

| Lichamelijk onderzoek                                |                   |                                       |
|------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Buikonderzoek:<br>(Auscultatie, Palpatie, Percussie) | ___ / ___ / _____ | Uitslag:                              |
|                                                      | ___ / ___ / _____ |                                       |
|                                                      | ___ / ___ / _____ |                                       |
| Rectaal toucher                                      | ___ / ___ / _____ | Toegankelijkheid:                     |
|                                                      | ___ / ___ / _____ | Anaalreflex :      Aanwezig / Afwezig |
|                                                      | ___ / ___ / _____ |                                       |

| Overige onderzoeken |                   |          |
|---------------------|-------------------|----------|
| X-BOZ               | ___ / ___ / _____ | Uitslag: |
| Sigmoïdscopie       | ___ / ___ / _____ | Uitslag: |
| Anders, nl          | ___ / ___ / _____ | Uitslag: |
|                     | ___ / ___ / _____ |          |
|                     | ___ / ___ / _____ |          |