

VIPP

Oefeningen ZIB compliance



Geen behandelbeperkingen	Keuze in behandelbeperkingen.		Palliatieve sedatie
A	B		C
		Ja	Nee
	Reanimeren		
	Beademen		
	Naar IC		
	Opereren		
	Bloed(producten)		
	Antibiotica		
	Sondevoeding		
	Overige behandelbeperkingen		

Ingevulde Code:	
Motivatie indien code B/C:	
Met wie besproken? (namen arts, patiënt, contactpersoon, verpleegkundige)	
Wat is besproken?	
Datum:	
Naam medisch specialist:	Handtekening:
Naam A(N)IOS	Handtekening:
Overlegd met medisch specialist:	

Opdracht

Dit is een papieren formulier dat wordt ingevuld door de zorgverlener en nog omgezet moet worden in een EPD scherm

1. Ontwerp een scherm dat de informatie in dit formulier 1 op 1 over neemt
2. Zoek in de conformance spreadsheet de ZIB behandeladvijzingen
3. Bepaal de UI ZIB compliance van het scherm dat u heeft ontworpen.

Opdracht

Dit zijn screenshots van een site waar een burger (tegen betaling) een wilsverklaring mbt behandelverbod kan opstellen en downloaden.

1. Bespreek hoe u de informatie in het document en het document zelf zou willen verwerken in uw EPD
2. Zoek in de spreadsheet de ZIB behandelwijzingen en wilsverklaring
3. Ontwerp een EPD scherm dat 100% compliant is aan beide ZIB's.

Artikel 1. Actueel behandelverbod

- ☐ Ik ervaar geen of weinig beperking in mijn gezondheid en wil op dit moment alle mogelijke (medisch zinvolle) behandelingen nog ondergaan.
- ☒ Op grond van mijn huidige gezondheid ben ik van mening dat sommige behandelingen voor mij medisch niet zinvol meer zijn. Omdat deze behandelingen mogelijk een ongewenst levensverlengend effect hebben en / of niets toevoegen aan de kwaliteit van mijn leven, wil ik dat onderstaande behandelingen niet meer op mij worden toegepast.

Ik verbied mijn behandelend arts de volgende behandelingen toe te passen:

- ☐ Reanimatie en of beademing in geval van een acuut hart / ademstilstand
- ☐ Een opname op de intensieve zorg afdeling (Intensive Care).
- ☐ Operaties voor acute levensbedreigende aandoeningen
- ☐ Ziekenhuisopname voor (acuut) levensbedreigende aandoeningen

Artikel 2.1 Toekomstig behandelverbod

Indien ik in de hieronder aangegeven situatie kom, verplicht ik alle artsen die mij dan behandelen, onderstaande behandelverbod zo strikt mogelijk te volgen.

Ik wil **geen** van de onder artikel 2.2 genoemde levensverlengende behandelingen meer ondergaan wanneer:

 [Invulinstructies](#)

- ☐ Ik, sinds een periode van weken in een (onomkeerbare) [vegetatieve toestand](#) of 'coma' ben geraakt.
- ☐ Ik continue (24 uur) volledig afhankelijk ben van beademing
- ☐ Ik een ernstige [dementie](#) heb ontwikkeld. Ik versta hieronder het volgende: Ik ben vrijwel continue in verwarring; ik herken vaak mijn partner en kinderen niet meer en ben gedesoriënteerd in tijd en plaats. Ik denk dat het verpleeghuis / verzorgingshuis waar ik 'gedwongen' opgenomen ben', mijn huis is.
- ☐ Ik een matige dementie heb ontwikkeld. Ik versta hieronder het volgende: Ik ben soms in verwarring, en heb lichte geheugen- en oriëntatieproblemen; met hulp en begeleiding kan ik nog thuis wonen.
- ☐ Ik vrijwel volledig afhankelijk ben van andere bij normale dagelijkse activiteiten zoals wassen, aankleden en naar het toilet gaan.
- ☐ Ik niet meer thuis kan wonen; ook met (uitgebreide) professionele hulp is de zorg thuis naar gangbare maatstaven niet meer mogelijk.
- ☐ Ik niet meer thuis kan wonen; ook met (uitgebreide) professionele hulp is de zorg thuis naar gangbare maatstaven niet meer mogelijk.

Artikel 2.2. behandelingen

Ik verbied mijn behandelend arts indien één van de situaties uit artikel 2.1 van toepassing is de onderstaande behandelingen:

- ☐ Reanimatie en of beademing in geval van een acute hart- / ademstilstand.
- ☐ Een opname op een intensieve care.
- ☐ Een ziekenhuis opname, voor levensbedreigende aandoeningen
- ☐ Operaties voor levensbedreigende aandoeningen.
- ☐ [Elke operatie of ziekenhuisopname.](#)
- ☐ [Kunstmatige voedings- of vochttoedieningen.](#)
- ☐ Antibiotica voor **waarschijnlijk** levensbedreigende infecties.
- ☐ Antibiotica voor milde (waarschijnlijk niet levensbedreigende) infecties.
- ☐ Medicijnen met een '[preventieve](#)' werking.
- ☐ Vaccinaties ter voorkoming van een griep infectie of vergelijkbare infecties.
- ☐ Het gebruik van [bijvoedingsproducten](#) (drinkvoedingen e.d.) ter preventie van ondervoeding en / of doorligwonden.

Artikel 3. volmacht

Indien ik niet meer in staat ben tot het zelf behartigen van mijn belangen, wijs ik hierbij een gevolmachtigde aan. Ik heb deze verklaring met mijn gevolmachtigde besproken, waarna ik de gevolmachtigde deze verklaring heb laten tekenen.

Als 1e [gevolmachtigde](#) wijs ik aan:

Naam:

Geboortedatum:

Indien mijn gevolmachtigde niet in staat is mijn belangen, zoals verwoord in deze verklaring, te behartigen dan wijs ik als tweede gevolmachtigde aan

Naam:

Geboortedatum:

[VORIGE](#)

Pagina 3 van 5

[VOLGENDE](#)

Artikel 4 geldigheid

Indien ik mij door beperkingen van mijn denkvermogen, bijvoorbeeld door dementie of verwardheid, niet meer bewust van deze verklaring ben en mijn actuele wilsuiting strijdig is met deze verklaring, dan geldt in principe onderstaande.

 [Invulinstructies](#)

- ☐ deze verklaring blijft te allen tijde gelden, voor zover als mogelijk is zonder mijn hulpverleners in een conflict van plichten te brengen
- ☐ mijn actuele wilsuiting geldt.
- ☐ mijn gevolmachtigde beslist wat moet gelden.

[VORIGE](#)

Pagina 4 van 5

[VOLGENDE](#)

Artikel 5 ondertekening en overleg

Ik verklaar hierbij bovendien deze verklaring zelfstandig maar, in goed overleg met de onderstaande personen te hebben opgesteld..

Ik heb met de volgende personen **overleg gepleegd**

- ☐ mijn gevolmachtigde
- ☐ mijn partner
- ☐ mijn huisarts .
- ☐ Anders

Naam: Test

Datum / Plaats: 16-05-2017/Zoeterwoude

 [Invulinstructies](#)

VORIGE

Pagina 5 van 5

SAMENSTELLEN & BETALING

Opdracht FAMILIE ANAMNESE

1. Zoek de ZIB Familieanamnese op (wiki, site Nictiz, ARTDECOR)
2. Lees onderstaande vragenlijst door over hart en vaatziekte.
3. Ontwerp een 100% ZIB compliant formulier voor een PGO waarin deze informatie bij de patient zelf wordt uitgevraagd.
4. Hoe zou u deze informatie met het EPD van de zorgverlener willen uitwisselen?
5. Wat moet aan de kant van uw ziekenhuis worden geregeld om deze informatie te ontvangen?

Onder hart-en vaatziekten wordt verstaan: hartinfarct, angina pectoris (pijn op de borst), hartfalen, herseninfarct, hersenbloeding, transient ischaemic attack (TIA), aneurysma aortae (verwijde aorta), familiale hypercholesterolemie (familiaal te hoog cholesterol) en perifeer arterieel vaatlijden (etalagebenen).

- Komen er bij uw ouders hart-en vaatziekten voor ?
 - Nee
 - Zo ja, beantwoord dan onderstaande vragen:
 - Vader en/of moeder
 - Wat is er aan de hand:
 - Op welke leeftijd is dit ontstaan:
 - Zijn uw ouders overleden aan hart-en vaatziekten?
 - Nee
 - Zo ja, beantwoord dan onderstaande vragen:
 - Vader en/of moeder
 - Op welke leeftijd is/zijn hij/zij overleden?
- Is er in de familie sprake van een erfelijke vorm van te hoog cholesterol?
 - Nee
 - Zo ja, beantwoord dan onderstaande vragen:
 - Wie:
 - Wat is zijn/haar relatie tot u: