

FORMULIER METING INCONTINENTIE

Naam:

Datum:

Dit meet formulier wordt 2 x per jaar ingevuld voor de cliënt. Hiermee wordt het risico op incontinentie ingeschat. Het formulier dient te worden ingevuld door een zorgverlener die minimaal 2 x per week de cliënt bezoekt. Indien de cliënt maar weinig zorg ontvangt wordt het formulier ingevuld door de zorgcoördinator van kantoor in overleg met alle zorgverleners die bij de betreffende cliënt komen

VRAAGSTELLING:	Nooit	3-4 x per maand	2 of meer keer per week	dagelijks
Hoe vaak is de cliënt incontinent van urine?				
		Ja	Nee	
Is de diagnose incontinentie gesteld?				
	Huisarts	Verpleeghuisarts	Incontinentie verpleegkundige	Uroloog
Door wie is de diagnose incontinentie gesteld?				
	Blaastraining	Medicatie	FT	Anders.nl.
Is er sprake van enig vorm van behandeling ter preventie van incontinentie				
	Incontinentiemateriaal	Huidverzorging	Privacy	Ondersteuning
Welke maatregelen zijn er getroffen om de gevolgen van incontinentie te beperken				
		Ja	Nee	
Is de incontinentie in het afgelopen half jaar verergerd				
	Actie			
Welke actie is hier op ondernomen				