

AANVRAAGFORMULIER

Monitoring

1**PATIËNT**

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en plaats _____ Zorgverzekeraar _____
Telefoon _____ BSN _____
E-mail _____ Polisnummer _____
Afleveradres Thuis (zie boven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats _____

2**MEDISCHE INDICATIE**

- Ernstige ALTE (indien reanimatie of forse stimulatie) eci
 Broertje / zusje van SIDS slachtoffer(s); op verzoek van ouders
 Tracheacanule
 Anders, nl _____

Aandoeningen waarbij de kans bestaat op ALTE problematiek

- A. Stoornissen van de ademhaling:
 Onrijp ademhalingspatroon met klinische problematiek
 Pathologische apneus (>20 sec.)
 Fysiologische events gepaard gaande met bradycardiën en / of desaturatie
 Obstructieve events gepaard gaande met bradycardiën en / of desaturatie
 B. Moeiijk behandelbare convulsies (gepaard gaande met apneus)
 C. Metabole ziekten (met kans op apneus)

Opmerkingen:

3**AANVRAAG MONITOR**

-
- SATURATIE MONITOR**

INSTELLING ALARMBEGRENZING SATURATIE MONITOR

Pulse minimaal _____ maximaal _____

SaO₂ minimaal _____ maximaal _____**of**

-
- CARDIO-RESPIRATOIRE MONITOR (SMART MONITOR)**

Registreren ja nee**INSTELLING ALARMBEGRENZING CARDIO-RESPIRATOIRE MONITOR***Vet gedrukte waarden zijn standaardinstellingen*Apneu alarm 10 15 20 25 30 40Bradycardia alarm (BPM) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100Bradycardia alarm delay 0 5Trachycardia alarm (BPM) off 90 100 110 130 150 170 190 210 230 250 270

Ga verder op de achterzijde van dit formulier.





Vervolg van aanvraagformulier monitoring

of

CARDIO-RESPIRATOIRE MONITOR MET SATURATIEBEWAKING (SMART MONITOR 2-IN-1)

Registreren ja nee

INSTELLING ALARMBEGRENZING SATURATIEBEWAKING

SaO₂ minimaal _____ maximaal _____

INSTELLING ALARMBEGRENZING CARDIO-RESPIRATOIRE MONITOR

Vet gedrukte waarden zijn standaardinstellingen

Apneu alarm 10 15 20 25 30 40

Bradycardia alarm (BPM) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Bradycardia alarm delay 0 5

Trachycardia alarm (BPM) off 90 100 110 130 150 170 190 210 230 250 270

4

HURTERMIJN

onbepaalde tijd (minimale gebruiksduur van 3 maanden)

5

GEGEVENS ZIEKENHUIS

Ziekenhuis _____ Klantnummer _____

Naam voorschrijver _____ AGB-code voorschrijver _____

Adres _____ Functie _____

PC en Plaats _____ Telefoon _____

E-mail _____

Fax _____

Datum _____ Handtekening _____

Inkoopordernummer _____

LET OP

AANVRAGEN KUNNEN UITSLUITEND IN BEHANDELING GENOMEN WORDEN INDIEN DE AANVRAAG IS VOORZIEN VAN EEN INKOOPORDERNUMMER.