Valkliniek
voorbereidende brochure

azdelta
Uw ziekenhuis.

Beste patiënt

U verblijft vandaag op de valkliniek van het dagziekenhuis geriatrie AZ Delta. Graag vragen we u om deze folder in te vullen, zodat we een beter zicht krijgen op uw valgeschiedenis.

Alvast bedankt!

Het team van de valkliniek

1. Valgeschiedenis

- Bent u het afgelopen jaar gevallen? Ja/Neen
  Indien ja:
  - Hoeveel keer? .....
  - Tijdstip van de val? .....

- In welke omstandigheden bent u gevallen?

.....

.....

.....

- Wat was de oorzaak van de valpartij?

.....

.....

.....

- Wat waren de gevolgen van de valpartij?

.....

.....

.....

- Denkt u dat u in de toekomst nog zult vallen? Ja/Neen

2. Activiteiten in het dagelijkse leven

- Staat u soms op een stoel of ladder om ergens bij te kunnen? Ja/Neen

- Hebt u hulpmiddelen in huis (zoals een ziekenhuisbed, douchestoel, toiletstoel, handvaten, relaxzetel)? Ja/Neen
  Indien ja: Specifieer: .....

3. Valrisicofactoren

Mobiliteit

- Maakt u gebruik van een loophulpmiddel? Ja/Neen
  Indien ja:
  - Welk hulpmiddel? Stok/loopkader/2-wielrollator/ 4-wielrollator
  - Wanneer maakt u gebruik van dit hulpmiddel?.....
    .....

- Kunt u alleen in en uit bed? Ja/Neen

- Kunt u alleen rechtstaan? Ja/Neen

Cognitieve stoornissen/verwardheid

- Hebt u geheugenklachten of last van vergeetachtigheid? Ja/ Neen

- Bent u de laatste tijd minder geconcentreerd? Ja/Neen

Stemming

- Bent u de laatste tijd somber of voelt u zich depressief? Ja/Neen
- Hebt u de laatste weken nog plezier of interesse in activiteiten waar u normaal gesproken plezier aan beleeft? Ja/Neen
- Bent u innerlijk tevreden met uw leven? Ja/Neen
- Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is? Ja/Neen
- Bent u bang dat u iets naars zal overkomen? Ja/Neen
- Voelt u zich meestal wel gelukkig? Ja/Neen

(Val)angst

- Hebt u angst om opnieuw ten val te komen? Ja/Neen
- Zijn er dingen die u niet of niet meer doet omdat u bang bent dat u zou kunnen vallen? Ja/Neen
- Bent u de laatste tijd meer angstig? Ja/Neen

Duizeligheid

- Hebt u last van duizeligheid/draaiingen? Ja/Neen
  Heeft u dit bij:
  - het rechtstaan uit bed, stoel of zetel? Ja/Neen
  - het bukken? Ja/Neen
  - op de zij liggen in bed? Ja/Neen
- Wordt u duizelig bij plotse draaibewegingen van het hoofd? Ja/Neen

Mictie- en continentieproblematiek

- Hebt u het afgelopen jaar wel eens ongewild urine verloren of de controle over het plassen verloren? Ja/Neen
- Hoe vaak komt het voor dat u ongewild urine verliest? Nooit/Zelden/Vaak/Altijd
- Wanneer verliest u voornamelijk urine? Overdag/ 's Nachts
- Verliest u urine bij het hoesten, niezen of springen? Ja/Neen
- Verliest u wel eens urine omdat de aandrang om te plassen zo hoog is dat u niet op tijd het toilet kunt bereiken? Ja/Neen

Voetproblemen en schoeisel

- Hebt u pijn aan de voeten? Ja/Neen
- Hebt u tintelingen of branderig gevoel in voeten en/of benen? Ja/Neen
- Welk schoeisel draagt u binnenshuis? Open/Gesloten schoeisel
- Welk schoeisel draagt u buitenshuis? Open/Gesloten schoeisel

Zicht

- Hebt u moeilijkheden bij het lezen, tv-kijken of autorijden? Ja/Neen
- Is uw laatste bezoek bij de oogarts of opticien meer dan een jaar geleden? Ja/Neen
- Gebruikt u een bifocale of multifocale bril? Geen/Bifocale/ Multifocale

Gehoor

- Hebt u moeite om gesprekken te volgen in drukke ruimtes? Ja/Neen
- Hebt u moeite om gesprekken te volgen 1 op 1? Ja/Neen

Voedingstoestand

- Hoe is uw eetlust? Goede/Matige/Weinig eetlust
- Bent u vermagerd? Ja/Neen
- Eet u gevarieerd (namelijk groenten, fruit, warme maaltijd en melkproducten)? Ja/Neen

Alcohol

- Drinkt u alcohol? Ja/Neen
- Hoeveel standaardglazen (200ml) alcohol drinkt u per dag?

.....

Pijn

- Heeft u ergens pijn? Ja/Neen
  Indien ja: Specifieer: .....

4. Omgevingsfactoren

- Maakt u gebruik van een alarmsysteem? Ja/Neen
- Loopt u soms op kousen rond? Ja/Neen
- Liggen er tapijten in huis? Ja/Neen
- Is er voldoende loopruimte zodat u overal goed door kunt en niet telkens tegen iets aan botst? Ja/Neen

- Maakt u gebruik van de trap? Ja/Neen
- Zijn er drempels binnenshuis of buitenshuis? Binnenshuis/ Buitenshuis/Beiden
- Staat alles op ooghoogte/binnen handbereik? Ja/Neen
- Legt u het licht aan bij een toiletbezoek 's nachts? Ja/Neen
- Liggen er draden of snoeren in huis waar u over moet stappen? Ja/Neen

5. Hulp in de thuissituatie

- Hebt u thuisverpleging? Ja/Neen
  Indien ja: Specifieer: .....
- Bereidt u zelf uw warme maaltijd? Ja/Neen
  Indien neen:
  - Wie voorziet een warme maaltijd voor u? .....
- Volgt u kine? Ja/Neen
- Hebt u gezinshulp? Ja/Neen
- Wie is uw mantelzorger: .....
- Is de huidige thuishulp voldoende? Ja/Neen

Contact

CAMPUS RUMBEKE
t 051 23 38 92
openingsuren: elke weekdag (behalve op woensdag)
7.30 uur - 17.30 uur

CAMPUS MENEN
t 056 52 21 62
openingsuren: elke weekdag (behalve op woensdag)
8 uur - 16.30 uur

CAMPUS TORHOUT
t 050 23 23 65
openingsuren: elke weekdag (behalve op woensdag)
8.30 uur - 17 uur

www.azdelta.be

Bron: team valkliniek

Artsen

CAMPUS RUMBEKE
Dr. Felicia Bentin
Dr. Caroline Bonnave
Dr. Katrien Cobbaert
Dr. Sofie Desmet
Dr. Celine Detremerie
Dr. Benedikte Maenhout
Dr. Hanne Maes
Dr. Ine Mahieu

CAMPUS MENEN
Dr. Felicia Bentin
Dr. Caroline Bonnave
Dr. Katrien Cobbaert
Dr. Sofie Desmet
Dr. Celine Detremerie
Dr. Benedikte Maenhout
Dr. Hanne Maes
Dr. Ine Mahieu

CAMPUS TORHOUT
Dr. Ilse Casteleyn
Dr. Eva De Raes
Dr. Liesbeth Verstraete