****

**AANMELDING ELEKTROCONVULSIETHERAPIE (ECT)**

Inforsa

Duivendrechtsekade 55

1096 AH AMSTERDM

Tel.: 020 - 5908100

Fax: 020 – 5908129

E-mail: ECTaanmelding@arkin.nl

**Naam patiënt:**

**Datum aanmelding:**

**GEGEVENS**

|  |
| --- |
| Voorletters: Roepnaam:  Achternaam: Tussenvoegsel:  Geb. datum: |
| Geb. plaats (land): |
| Woon- en/of verblijfadres:  Postcode/woonplaats:  Tel.:  BSN:  ID-nummer: |

**HUISARTS**

|  |
| --- |
| Huisarts: |
| Adres: |
| Postcode/woonplaats: |
| Tel.:  Eerstelijnshuisarts of instellingshuisarts? |

**VERZEKERING**

|  |
| --- |
| Verzekerd: ja nee |
| Zorgverzekeraar: |
| Polisnummer: |
| Financiering:  ZPM /  LGGZ /  WLZ-pakket /  DBBC (forensische zorg)  Klinische opnamedatum: |
| **Kopie indicatie / plaatsingsbesluit meesturen** |

**VERWIJZER**

|  |
| --- |
| Instelling: |
| Naam verwijzend psychiater: |
| Adres: |
| Postcode/woonplaats: |
| Tel.: |
| Fax: |
| E-mail:  AGB-code psychiater:  Belangrijke andere betrokken hulpverleners:  Instelling:  Naam:  Tel.:  E-mail: |

**CONTACTPERSONEN VOOR PATIËNT**

|  |
| --- |
| Naastbetrokkenen:  Tel.:  E-mail:  Adres:  Postcode/woonplaats:  **Aanvinken indien van toepassing:**  **Mentor**  **Bewindvoerder**  **Curator**  Gegevens:  Naam:  Tel.:  E-mail: |

**WETTELIJKE MAATREGEL**

|  |
| --- |
| Maatregel**:**  **ja /**  **nee** |
| **Soort maatregel** (aankruisen wat van toepassing is):  Strafrechtelijk: Art 37 Sr, Art. 80 Sv, TBS-voorwaarden, TBS-verpleging, PBW 15-5,    Crisismaatregel Wvggz  Zorgmachtiging Wvggz |
| Begindatum: |
| Expiratiedatum: |
| **Kopie beschikking van de maatregel meesturen** |

**AARD VAN DE ONTWRICHTING / (DELICT)GEVAAR / THERAPIERESISTENTIE**

|  |
| --- |
| Wat is de aard van de ontwrichting, wat is er al geprobeerd en met welk resultaat? Waarom denkt u dat dat zonder ECT niet kan worden volstaan / ECT volstrekt noodzakelijk is?  Beschrijving actuele psychische toestand    (Wat is opvallend normaal, wat is opvallend gestoord/afwijkend)    Algemeen, cognitief, affectief, conatief (inclusief impulsbeheersing en suïcidaliteit)  Graag zo uitgebreid en specifiek mogelijk omschrijven. |
|  |
|  |

**PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS**

|  |
| --- |
| Ambulant en klinisch.  Voor medicatie zie hieronder. |

**DOEL VAN DE ECT**

|  |
| --- |
| Omschrijf graag zo concreet wat u een geslaagde behandeling met ECT zou noemen als het gaat om de te verminderen symptomen en/of gedragsproblemen, naast perspectiefverbetering.  CATEGORIAAL-DIAGNOSTISCH  Unipolaire depressie/Bipolaire stoornis/Primair psychotische stoornis/Katatonie/Schizofrenie/Schizoaffectieve stoornis    STRUCTUREEL-DIAGNOSTISCH  Het betreft een ...-jarige man/vrouw die ...    OP SYMPTOOMNIVEAU  O Depressie  O Manie (bij gemengd Depressie en Manie aankruisen)  O Paranoïde en/of bizarre wanen  O Katatonie  O Suïcidaliteit    O Overig/anders:[VH1] |
|  |

**SAMENVATTING / CONCLUSIE EERDERE KIB/LIZ/STRAFRECHTELIJKE OPNAME(N) INDIEN VAN TOEPASSING**

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

**PSYCHIATRISCHE MEDICAMENTEUZE VOORGESCHIEDENIS**

|  |
| --- |
| Opname- en behandelgeschiedenis |
| Wat is er aan antipsychotische en/of antimanische dan wel antidepressieve medicatie ingezet? Heeft er al een adequate behandeling met clozapine in hoge bloedspiegels (minimaal 0,45) plaatsgevonden. Zoja, hoe lang en met welk resultaat, zonee, waarom niet?  Als er al eerder ECT is toegepast, beschrijf dan hoe deze is verlopen en of het om een combinatiebehandeling ging met psychofarmaca (en zoja, welke). |
| Zijn de richtlijnen van de NVvP gevolgd (zoja, beschrijf de stappen, zonee, beschrijf waarom niet)?  Beschrijf eventuele verslavings- en persoonlijksstoorniscomorbiditeit. |
|  |
| Clozapine:    Andere AP:    Lithium:    TCA:    MAOi:    Anticonvulsiva:    Overig: |

**HUIDIGE MEDICATIE EN EFFECT**

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

**INTOXICATIES / VERSLAVING**

|  |
| --- |
| Alcohol:  Tabak/roken: |
| Softdrugs:  Harddrugs:  Gokken:  Overig: |
|  |
|  |
|  |
|  |

**SOMATIEK**

|  |
| --- |
|  |
| Actuele problemen:  - Longfunctie  - Lengte  - Gewicht  - BMI (moet onder de 35 zijn)  Voorgeschiedenis: |
|  |
|  |
| Zo mogelijk bijvoegen recent oriënterend laboratoriumonderzoek en ECG. |
|  |

**INSCHATTING BEREIDHEID EN VERZET**

|  |
| --- |
|  |
| Is geïnformeerde toestemming te verwachten / haalbaar en waarom (niet)?  Is er al sprake van dwangopname / dwangbehandeling?  Is in geval van dwang-ECT agressief verzet te verwachten? |
|  |

**BESCHRIJVENDE DIAGNOSE EN CATEGORIALE DIAGNOSE (DSM-5)**

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

**SOMATISCHE SCREENING ECT**

*Ter aanvulling op eerder gestelde vragen*

Allergie

Somatische voorgeschiedenis inclusief brieven van alle specialismen waar patiënt bekend is in een ziekenhuis dan wel brieven/overdracht huisarts

Medicatiegebruik

Intoxicaties

· Drugs inclusief lachgas

· Roken

· Alcohol

Leeftijd, gewicht en lengte en daarmee BMI

Aanvullend:

Lab:

· Indicatiegebieden psychiatrie?

o TSH, Hb, leuco diff (algemeen bloedbeeld)

o Medicatiespiegels (in overleg met farmacotherapeutische VG)

· Indicatiegebieden anesthesiologie

o Hb: tachycardie en comorbiditeit.

o Electrolyten: K en Na

o Nierfunctie: eGFR, kreat

ECG bij eerste aanmelding en eerder ECG niet aanwezig of ouder dan 3 maanden.