

### VERWIJSFORMULIER ROAC

Naam verwijzer : Organisatie : Telefoon :  Naam huisarts : Woonplaats : Telefoon :  Naam apotheek : Fax : Telefoon :  Contactpersoon : Adres : Telefoon :	Naam cliënt :  Adres :  Woonplaats :  Telefoon :  Geboortedatum: _____ m / v  Burgerlijke staat:  Polisnummer:  particulier/ziekenfonds
---	---

Reden van verwijzing:   Vraagstelling: <input type="checkbox"/> diagnostiek <span style="float: right;">Bijlage: <input type="checkbox"/> brieven van specialisten</span> <input type="checkbox"/> advies <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Lab-uitslagen</span> <input type="checkbox"/> behandeling <input type="checkbox"/> zorg	
(Psychiatrische) voorgeschiedenis / eerdere behandeling:   	
Relevante somatische gegevens:   Gebruik van <input type="checkbox"/> alcohol : <input type="checkbox"/> drugs :	Huidige medicatie:(farmacon, dosering, sinds wanneer)
Overige relevante gegevens:   	

Datum:  Handtekening (huis)arts:	<i>Verwerking door administratie:</i> Datum binnenkomst: Indicatie voor inplannen:
--	--

## PROTOCOL 'DEMENTIESYNDROOM en DELIER'

Bij vermoeden van een dementiesyndroom of delier is informatie over onderstaande items een vereiste. Het volgen van de NHG standaard (1998) versnelt het in behandeling nemen van de patiënt met geheugenproblemen.

### Lichamelijk onderzoek d.d.

- Algemene indruk:

Pols:

Tensie:

Ademhaling

Visus:

Gehoor:

Incontinentie:

- Huid en slijmvliezen: (vocht- en voedingstoestand, cyanose, oedemen, anemie, icterus)
- Hoofd/hals:
- Thorax :
- Abdomen:
- Rug/extremiteiten:
- Oriënterend neurologisch onderzoek  
(Bewustzijn/aandacht, presentatie, taal, spraak, looppatroon, motoriek, EPS, reflexen)

### Bloedonderzoek

BSE, Hb, MCV, Leukocyten, Glucose, Kreatinine, TSH, Foliumzuur, Vit. B12 Op indicatie: K, ALAT, Ureum, g-GT, evt. PSA)