

## BelRAI vraagtypes – LTCF 2008-2009

### NAAM

<i>Sectie A: Persoonlijke gegevens</i>	
A1	Naam

### PERSOONLIJKE GEGEVENS

<i>Sectie A: Persoonlijke gegevens</i>	
A2	Geslacht
A3	Geboortedatum
A4	Burgerlijke Staat
A5	Cliëntidentificatie
A6	Coördinaten van de instelling
A7	Contacten
A8	Reden voor beoordeling
A9	Beoordelingsreferentiedatum
A10	Verwachtingen van de cliënt en/of de familie
A11	Tijd sinds laatste ziekenhuisverblijf
A12	Opmerkingen

<i>Sectie B: Intake en voorgeschiedenis</i>	
B1	Mate van controle van de cliënt over de opnamebeslissing
B2	Datum waarop cliënt voor de eerste keer in de instelling werd opgenomen
B3	Scores bij opname (KATZ-score, BEL, ...)
B4	Spreektaal en geloofsovertuiging
B5	Verblijfplaats vóór de opname
B6	Postcode van de gebruikelijke woonomgeving
B7	Woonsituatie vóór de opname
B8	Opgenomen geweest in de afgelopen 5 jaar
B10	Opmerkingen

## GEESTELIJKE GEZONDHEID

<i>Sectie B: Intake en voorgeschiedenis</i>	
B9	Schriftelijke meldingen over de geestelijke gezondheid

## COGNITIE, COMMUNICATIE, STEMMING EN GEDRAG, PSYCHOSOCIAAL WELZIJN EN ONTSPANNING

<i>Sectie C: Cognitie</i>	
C1	Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
C2	Geheugen/herinneringsvermogen
C3	Periodiek verward denken of alertheid
C4	Acute verandering in geestelijk functioneren ten opzichte van het gewone functioneren
C5	Verandering in beslisbekwaamheid ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling)

<i>Sectie D: Communicatie</i>	
D1	Uiting - Zichzelf duidelijk maken
D2	Begrip - Anderen kunnen begrijpen
D3	Gehoor
D4	Zicht

<i>Sectie E: Stemming en gedrag</i>	
E1	Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis
E2	Zelfgemelde stemming
E3	Gedragssymptomen

<i>Sectie F: Psychosociaal welzijn</i>	
F1	Sociale omgang
F2	Gevoel van betrokkenheid
F3	Conflicterende omgang met anderen
F4	Belangrijke stress in de laatste 90 dagen
F5	Sterke punten
F6	Houding ten opzichte van zorgverleners

<i>Sectie M: Ontspanningsactiviteiten</i>	
M1	Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten
M2	Activiteitsvoorkeuren en betrokkenheid
M3	Slaap gedurende de dag

## **LICHAMELIJK FUNCTIONEREN EN CONTINENTIE**

<i>Sectie G: Lichamelijk functioneren</i>	
G1	ADL-functioneren
G2	Voortbeweging
G3	Activiteitsniveau
G4	Potentieel voor lichamelijke verbetering
G5	ADL-toestand is slechter dan 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna)
G6	KATZ-score

<i>Sectie H: Continentie</i>	
H1	Urinecontinentie
H2	Urine-opvangsysteem
H3	Stoelgangcontinentie
H4	Aanwezigheid van stoma

## **ZIEKTEBEELDEN EN GENEESMIDDELEN**

<i>Sectie I: Ziektebeelden</i>	
I1	Selectielijst van ziektebeelden
I2	Andere ziektebeelden

<i>Sectie N: Geneesmiddelen</i>	
N1	Geneesmiddelenlijst
N2	Allergie voor geneesmiddelen
N3	Houding van de cliënt ten opzichte van geneesmiddelen

## **GEZONDHEIDSTOESTAND, MOND EN VOEDING**

<i>Sectie J: Gezondheidstoestand</i>	
J1	Valincidenten
J2	Valincident in de afgelopen 30 dagen
J3	Gezondheidstoestand
J4	Dyspneu (kortademigheid)
J5	Abnormale vermoeidheid
J6	Pijnsymptomen
J7	Instabiliteit van gezondheidsproblemen
J8	Zelfgemelde gezondheid
J9	Tabak en alcohol

<i>Sectie K: Toestand van mond en voeding</i>	
K1	Lengte en gewicht
K2	Voedingsproblemen
K3	Manier van voedselinname
K4	Parenterale of enterale inname
K5	Gebit en mond
K6	Evolutie van de eetlust (gedurende de afgelopen maanden)
K7	Dieetvoeding

## **HUID**

<i>Sectie L: Toestand van de huid</i>	
L1	Doorligwonde met hoogste ernstgraad
L2	Eerder een doorligwonde gehad
L3	Ulcus cruris
L4	Belangrijke huidproblemen
L5	Huidverwondingen of snijwonden
L6	Andere huidproblemen of huidveranderingen
L7	Voetproblemen

## **BEHANDELINGEN EN PROCEDURES**

<i>Sectie O: Behandelingen en procedures</i>	
O1	Preventie
O2	Ontvangen of geplande behandelingen en programma's in de laatste 3 dagen
O4	Ziekenhuisverblijf en bezoek aan spoeddienst

O5	Raadpleging arts
O6	Doktersopdrachten

## **DESKUNDIGE ZORGEN, MIDDELEN EN MAATREGELEN**

<i>Sectie O: Behandelingen en procedures</i>	
O3	Deskundige zorgen door, of onder supervisie van, gediplomeerde zorgverleners
O7	Beperkende maatregelen en noodzakelijke hulpmiddelen

## **VERANTWOORDELIJKHEID EN BESCHIKKINGEN**

<i>Sectie P: Verantwoordelijkheid en Beschikkingen</i>	
P1	Verantwoordelijkheid
P2	Schriftelijke wilsverklaringen
P3	Code (facultatief) omtrent beperking van therapie (DNR)

## **ONTSLAG EN TERUGKEERINFORMATIE**

<i>Sectie Q: Ontslagmogelijkheden</i>	
Q1	Ontslagmogelijkheden
Q2	Hoelang wordt de cliënt verwacht in de huidige dienstverlening of setting te blijven alvorens naar huis terug te keren

<i>Sectie R: Ontslaginformatie</i>	
R1	Laatste dag van verblijf
R2	Ontslagen naar
R3	Zal thuiszorg ontvangen na ontslag

<i>Sectie S: Informatie na terugkeer</i>	
S1	Dag van terugkeer
S2	Opgenomen vanuit

## **BEOORDELINGSINFORMATIE**

*Sectie T: Beoordelingsinformatie*

T1	Handtekening van beoordelingsverantwoordelijke
T2	Datum waarop de beoordeling volledig was afgerond