**VERWIJSFORMULIER PHIDA bij therapieresistente depressie**

Wij kunnen alleen een volledig ingevulde en ondertekend formulier in behandeling nemen.

Bij vragen of patiënt in aanmerking komt voor behandeling kunt u telefonisch overleggen met A.J. (Aline) de Haan, psychiater of H.H. (Jet) Kranendonk, psychiater op telefoonnummer 085 212 92 03.

Verwijzer mag alleen een **behandelend psychiater** zijn, die **samen met ons** de behandeling van de patiënt met een therapieresistente depressie voortzet, die de 7x24 uurs nazorg biedt en de zorg draagt voor het hebben van en de uitvoering van het voor de patiënt geldende crisisplan en signaleringsplan.

Patiënt moeten volgens de [richtlijnen NVvP](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/depressie/farmacotherapeutische_behandeling_depressie.html#attachment-6) farmacotherapeutisch behandeld zijn **tot en met stap 3**.

Inclusie criteria: *(bij het**antwoord ‘****onjuis****t’ op één van onderstaande vragen kan patiënt vooralsnog* ***niet*** *bij ons in behandeling genomen worden)*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patiënt weet dat deze bij u als verwijzend en behandelend psychiater in behandeling blijft, dat de verwijzende psychiater ook degene blijft die de 7x24 uurs nazorg biedt en zorg draagt voor het hebben van en de uitvoering van het voor de patiënt geldende crisisplanen en signaleringsplan. | O juist | O onjuist |
| Patiënt is niet bekend met psychotische episodes. | O juist | O onjuist |
| Patiënt is niet bekend met suïcidaal gedrag en suïcidepogingen. | O juist | O onjuist |
| Het gaat bij deze patiënt om een therapieresistente depressie die ten minste 3 verschillende behandelingen met antidepressiva heeft geprobeerd, voor ten minste 6 weken met een voldoende hoge dosis. | O juist | O onjuist |
| Patiënt heeft tenminste een vorm van gesprekstherapie gevolgd. | O juist | O onjuist |
| Patiënt is op de hoogte van de procedure (zie [Informatiebrochure voor patiënten](https://www.phida.nl/documenten/voor-pati%C3%ABnten/informatiebrochure-voor-pati%C3%ABnten)) en is in staat de aard van de behandeling, het doel en de voor- en nadelen ervan te begrijpen. | O juist | O onjuist |
| Patiënt weet dat informed consent is vereist. | O juist | O onjuist |
| Patiënt weet dat de behandeling mogelijk niet of slechts gedeeltelijk wordt vergoed. | O juist | O onjuist |
| Patiënt is in staat veilig te reizen voor de behandelings- en beoordelingsafspraken **en weet dat daarbij een volwassen begeleider noodzakelijk is**. | O juist | O onjuist |
| Patiënt is bereid en in staat om op zeer regelmatige basis (depressie-)vragenlijsten in te vullen via email, sms of WhatsApp. | O juist | O onjuist |
| Patiënt heeft ten minste 2 jaar geen illegale drugs genomen. | O juist | O onjuist |
| Patiënt heeft geen medisch instabiele aandoening. | O juist | O onjuist |
| Er zijn geen andere contra-indicaties voor behandeling met ketamine. | O juist | O onjuist |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patiëntgegevens** | | **Gegevens verwijzende psychiater** | |
| Achternaam **patiënt** |  | Datum verwijzing |  |
| Meisjesnaam  (indien van toepassing) |  | Naam **verwijzer** |  |
| Voorletters |  | Voorletters |  |
| Roepnaam |  | AGB-code |  |
| Geboortedatum |  | Functie |  |
| Geslacht | O vrouw O man | Adres |  |
| Adres |  | PC + woonplaats |  |
| PC + woonplaats |  | Telefoon |  |
| Telefoon (vast) |  | E-mail verwijzer |  |
| Mobiel |  | Type verwijzer | O medisch specialist ZGP  O medisch specialist GGZ-instelling  O anders (door verwijzer in te vullen): |
| BSN-nummer |  | **Handtekening verwijzer + praktijk- stempel** |  |
| E-mail patiënt |  |
| Contactpersoon | O moeder  O vader  O anders: |
| Telefoon  contactpersoon |  |
| Verzekering |  | Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ | |
| **Polisnummer** |  | | |
| Naam en adres  huisarts |  | | |

1. Reden van verwijzing/vraagstelling

|  |
| --- |
|  |

1. Recent beloop

|  |
| --- |
|  |

1. Psychiatrische voorgeschiedenis *(wilt u gegevens voorgaande behandeling meesturen?)*

|  |
| --- |
|  |

1. Farmacotherapeutische behandeling tot nog toe

|  |
| --- |
|  |

1. Huidige medicatie (graag meesturen recent AMO)[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
|  |

1. Middelengebruik (welke/dosering/frequentie/geschiedenis)

|  |
| --- |
|  |

1. Somatische voorgeschiedenis/allergieën/lab gegevens

|  |
| --- |
|  |

1. Familieanamnese

|  |
| --- |
|  |

1. Sociaal-maatschappelijke situatie

|  |
| --- |
|  |

1. Beschrijvende diagnose

|  |
| --- |
|  |

1. DSM 5 classificatie:

O psycho-organische stoornis O dissociatieve stoornis

O stoornis door gebruik van alcohol/drugs O eetstoornis

O psychotische stoornis O seksuele stoornis

O stemmingsstoornis O slaapstoornis

O angststoornis O impulscontrole stoornis

O persoonlijkheidsstoornis O stoornis bij kinderen en/of adolescenten  
O autismespectrumstoornis

1. Complexiteit/ Ernst van de problematiek:O laag O matig O hoog

Toelichting:

|  |
| --- |
|  |

1. Is bovenstaande besproken met patiënt? O ja O nee

|  |
| --- |
|  |

1. Risico van ‘niet behandeling’ O laag O matig O hoog

*(bv. kans op suïcide, verwaarlozing, mishandeling, etc.):*

|  |
| --- |
|  |

1. [↑](#footnote-ref-1)