



OBSERVATIEFORMULIER AFWEERGEDRAG VAN ETEN EN DRINKEN BIJ MENSEN MET DEMENTIE

Bewoner _____

Afdeling _____

Behandelbeleid _____

Ingevuld door _____

Datum _____

Maaltijd Ontbijt Middageten Avondeten

DEEL I: SYMPTOMEN VAN HET AFWEERGEDRAG

De bewoner...

draait het hoofd weg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	duwt bestek, servies, voedsel of verzorgende weg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
weigert de mond te openen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
houdt handen voor de mond	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	gooit met voedsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
spuugt eten uit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	staat op van de stoel verlaat de tafel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
grijpt, slaat of bijt verzorgende	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	schudt nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
speelt of gooit met bestek/servies	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	weigert hulp bij eten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
bijt in het bestek/servies	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	weigert eten verbaal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Anders, namelijk: _____

DEEL 2: OVERIGE WAARNEMINGEN

Bij het invullen van 'Ja', geef een korte toelichting

Heeft de bewoner slikproblemen? (bijv. de bewoner verslikt zich of de bewoner kauwt op het eten maar slikt het niet door) Ja Nee _____

Heeft de bewoner gebitsproblemen? Ja Nee _____

Zit de bewoner tijdens de maaltijd in een goede (rechte) houding? Ja Nee _____

Komt afweergedrag bij bepaald soort eten voor? Ja Nee _____

Komt afweergedrag in een bepaalde situatie/omgeving voor? Ja Nee _____

Komt afweergedrag als bepaalde personen aanwezig zijn voor? Ja Nee _____

Eet of drinkt de bewoner wel iets anders? Ja Nee _____



Eet of drinkt de bewoner wel met de handen? (fingerfood) Ja Nee _____

Maakt de bewoner een verdrietige, sombere, angstige of zieke indruk? Ja Nee _____

Maakt de bewoner een vermoeide indruk? (slapen, moeilijk te wekken) Ja Nee _____

Raakt de bewoner afgeleid door prikkels/ruis uit de omgeving Ja Nee _____

Vertoont de bewoner geagiteerd gedrag? Ja Nee _____

Anders, namelijk: _____

DEEL 3: OVERLEGD MET, OF ONDERZOEK DOOR, ANDEREN?

Zo ja, wat is de uitkomst van dit overleg of onderzoek? Welke afspraken zijn gemaakt?

Collega's Ja Nee _____

Familie Ja Nee _____

Arts Ja Nee _____

Logopedist Ja Nee _____

Ergotherapeut Ja Nee _____

Diëtist Ja Nee _____

Psycholoog Ja Nee _____

Anders, namelijk ... _____

DEEL 4. EVALUATIE VAN DE INTERVENTIE

Zo ja, had de interventie effect?

Iets anders aanbieden Ja Nee _____

Even wachten (10 – 15 minuten, later opnieuw aanbieden) Ja Nee _____

Apart gaan zitten met bewoner Ja Nee _____

Rustig bij de bewoner gaan zitten Ja Nee _____

Muziek uitzetten of andere muziek opzetten Ja Nee _____

Begeleiding door vaste verzorgende Ja Nee _____

Begeleiding door naaste Ja Nee _____

Aanpassing medicatie (op voorschrift arts) Ja Nee _____

Gepureerde of gemalen voeding (op voorschrift diëtist of logopedist) Ja Nee _____

Anders, namelijk ... _____

Meer informatie?

