

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

Naam: M/V Geboortedatum: / / Datum: / /

| Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts. | | Dit groene gedeelte vult u huisarts in. | |
|--|---|---|--|
| Hoe oud bent u? jaar | | A | A+ |
| Hebt u een te hoge bloeddruk? Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? Hebt u diabetes (suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | B D | B+ Totaalcholesterol/HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/> D+ |
| Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)? Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | E F | E+ Hoog cardiovasculair risico <input type="text"/> F+ Totaalcholesterol/HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/> |
| Rookt u? Eet u dagelijks groenten en fruit? Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | C | C+ Rookstop <input type="text"/> Voedingsadvies <input type="text"/> Bewegingsadvies <input type="text"/> |
| Wat is uw lengte en gewicht? Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed? Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname? Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer? Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes? | lengte <input type="text"/> m gewicht <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | | Buikomtrek <input type="text"/> cm BMI=kg/m ² <input type="text"/> ≥65 jaar ≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25 Buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm Nuchtere glykemie <input type="text"/> |
| Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden? Bent u hart-, long- of nierpatiënt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | | 10-20 jaar geleden Booster dT/10 jaar <input type="text"/> >20 jaar Volledige tetanusvaccinatie <input type="text"/> Ja of 65+ of D+ Griepvaccinatie/1 jaar <input type="text"/> |
| Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie? Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee datum <input type="text"/> | | Ja Risico-inschatting <input type="text"/> 70-75 jaar en lage comorbiditeit 50-69 jaar Screeningsmammografie/2 jaar <input type="text"/> |
| Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee datum <input type="text"/> | | Ja Uitstrijkje/3 jaar <input type="text"/> |
| Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | | Ja Risico-inschatting <input type="text"/> Nee en 50-74 jaar FOBT/1-2 jaar <input type="text"/> |
| Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="text"/> glazen/week | | AUDIT afnemen <input type="text"/> |
| Hebt u het voorbije jaar meer gedronken (alcoholhoudende dranken) of geneesmiddelen ingenomen dan u wilde? Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen innemen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | | Ja Bespreken risico's en afbouwopties <input type="text"/> Ja Bespreken risico's en afbouwopties <input type="text"/> |