

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 uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? jaar		A	A+ ≥50 jaar Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/>
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+ Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/> D+ Creatinine <input type="text"/> Proteïneurie <input type="text"/>
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+ Totaalchol./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"/> cm 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 of 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- of longpatient? Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	<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		10-20 jaar geleden Booster dT/10 jaar <input type="text"/> >20 jaar volledig schema dT 0-6 <input type="text"/> >20 jaar onvolledig schema of onbekend dT 0-1-12 <input type="text"/> Ja of 65+ of D+ of nierlijden Griepvaccinatie/1 jaar <input type="text"/> Ja en 50+ of 50+ en ethylisme Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar <input type="text"/> Ja Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		Ja Stel de eerste drie vragen van de AUDIT <input type="text"/>
			Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie: Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? <input type="text"/> Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? <input type="text"/> (1 x ja) Wens tot hulp? <input type="text"/>