**Intake Astma-COPD: vragenlijst**

Ter voorbereiding van het spreekuur vragen wij u onderstaande vragenlijst in te vullen.

Naam:­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Roken**  Rookt u? | o Ja o Voorheen o Nooit |
| Aantal per dag |  |
| Aantal jaren gerookt |  |
| Evt. stopdatum; |  |
| **Anamnese**  Tekenen of klachten van overgevoeligheid? | o Ja o Nee  Indien ja:  o Allergische rhinitis (neusverkoudheid in  het pollenseizoen)  o Conjunctivitis ( rode ogen)  o Eczeem  o Urticaria (jeukende bultjes) |
| Bent u wel eens benauwd geworden t.g.v. bepaalde geneesmiddelen? | o Ja o Nee  Indien ja:  o Bloeddrukverlagers  o Oogdruppels  o Hartmedicatie  o Pijnmedicatie |
| Bent u benauwd bij werk- of hobby gerelateerde invloeden? | o Ja o Nee  Indien ja:  o Asbest  o Chemische stoffen  o Fijnstof  o Hobbydieren  o Werken met dieren |
| Heeft u tekenen of klachten van hyperreactiviteit? | o Ja o Nee  Indien ja:  o Keukenluchtjes  o Koude lucht  o Mist  o Oplosmiddelen  o Parfum  o Lichamelijke inspanning  o Sigarettenrook  o Smog/luchtvervuiling  o Stoom  o Uitlaatgassen  o Verf  o Overgang van warmte naar koude  o Geestelijke inspanning  o Anders |
| Heeft u tekenen of klachten van allergie | o Ja o Nee  Indien ja:  o Boompollen  o Geneesmiddelen  o Graspollen  o Hond  o Huisstofmijt  o Kat  o Knaagdieren  o Koemelkeiwitten  o Vogels  o Anders |
| Indien u klachten of tekenen heeft van allergie is dit ooit bewezen d.m.v. een allergietest? | o Ja o Nee |
| Is de allergie nog steeds aanwezig? | o Ja o Nee |
| Is de allergie seizoen afhankelijk | o Ja o Nee  Indien ja:  o Herfst  o Lente  o Winter  o Zomer |
| **Pulmonale symptomen of klachten?**  Hoesten | o Geen o Een keer per week    o Meerdere keren per week o Dagelijks |
| Slijm ophoesten  Kleur van slijm ……………………………………………… | o Geen o Een keer per week    o Meerdere keren per week o Dagelijks |
| Piepen | o Geen o Een keer per week    o Meerdere keren per week o Dagelijks |
| Kortademigheid | o Geen o Een keer per week    o Meerdere keren per week o Dagelijks |
| Verstoorde slaap t.g.v. Astma/COPD | o Geen o Een keer per week    o Meerdere keren per week o Dagelijks |
| Symptoom- of klachtenvrije periodes | o Ja o Nee  Indien ja; wanneer……………………………………………. |
| **Tekenen van exacerbaties van afgelopen jaar**  Infecties aan de lagere luchtwegen | o Geen o 1 o 2 o meer dan 2 |
| Periode met gebruik van meer pufjes | o Geen o 1 o 2 o meer dan 2 |
| **Hartfalen**  Toename van benauwdheidsklachten in bed | o Ja o Nee |
| Druk op de borst tijdens lichamelijke activiteit en/of overgang van warmte naar koude | o Ja o Nee |
| **Leefstijl**  Hoe is uw eetlust | o Goed o Acceptabel  o Slecht o Zeer slecht |
| Bent u zonder aanleiding afgevallen? | o Ja o Nee o ? |
| Eet u (vrijwel) dagelijks vlees(vervangers) of vis? | o Ja, elke dag 100gram of meer  o Ja, elke dag 50 tot 100 gram  o Ja, 2 tot 4 keer per week 50-100 gram  o Minder dan 2 keer per week |
| Gebruikt u (vrijwel) dagelijks brood en/of kaas? | o Niet elke dag  o 1 tot 2 snee brood/blokjes kaas per dag  o 2 tot 4 snee brood/blokjes kaas per dag  o Meer dan 5 snee brood/blokjes kaas per dag |
| Gebruikt u (vrijwel) dagelijks zuivelproducten? | o 3 of meer porties/glazen per dag  o 2 porties/glazen per dag  o 1 portie/glas per dag  o Niet elke dag |
| Eet u (vrijwel) dagelijks groente of fruit? | o Ja o Nee |
| **Fysieke activiteit**  A) Hoeveel dagen in de afgelopen week heeft u gedurende 20 min zware lichaamsbeweging gehad? | o > 3 x per week o 1 of 2x per week  o Niet |
| B) Hoeveel dagen in de afgelopen week heeft u gedurende 30 min matige lichaamsbeweging gehad? | o > 5 x per week o 3 tot 4 x per week  o 1 tot 2x per week o Niet |
| Is de kracht van de armen en benen, t.g.v. uw Astma/COPD, nog net zo sterk als een aantal jaren geleden? | o Ja o Nee o ? |
| Onverklaarbare vermoeidheid t.g.v. uw Astma/COPD? | o Ja o Nee o ? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Voorgeschiedenis**  Komt er Bronchitis voor in uw familie? | o Ja o Nee o Onduidelijk  Indien ja, bij wie…………………..........................................  ........................................................................................ |
| Komt er Astma voor in uw familie? | o Ja o Nee o Onduidelijk  Indien ja, bij wie…………………..........................................  ........................................................................................ |
| Komt er COPD voor in uw familie? | o Ja o Nee o Onduidelijk  Indien ja, bij wie…………………..........................................  ........................................................................................ |
| Komen er allergieën voor in uw familie? | o Ja o Nee o Onduidelijk  Indien ja, bij wie…………………..........................................  ........................................................................................ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MRC-schaal**  Welke van de onderstaande uitspraken is voor u het meest van toepassing? | |  |
| 🔾 | Ik heb geen last van kortademigheid. | 0 |
| 🔾 | Ik word alleen kortademig bij zware inspanning. | 1 |
| 🔾 | Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of tegen een lichte helling oploop. | 2 |
| 🔾 | Door mijn kortademigheid loop ik op vlak terrein langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd, of moet ik stoppen om op adem te komen als ik mijn eigen tempo loop. | 3 |
| 🔾 | Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen. | 4 |
| 🔾 | Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden. | 5 |

*Heeft u de diagnose Astma vul dan de Astma-vragenlijst in, heeft u de diagnose COPD vul dan de*

*COPD-vragenlijst in.*

*Heeft u een dubbel diagnose of heeft u geen diagnose, vul dan beide vragenlijsten in.*

**Vragenlijst COPD**

Hoeveel last u in de afgelopen week gehad van de volgende klachten, in verband met uw COPD?

*→ Geef op elke regel telkens met één cijfer aan wat uw antwoord het beste weergeeft*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nooit | Zelden | Af en toe | Regelmatig | Heel vaak | Meestal | Altijd |
| **Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Kortademig in rust? |  |  |  |  |  |  |  |
| Kortademig gedurende lichamelijke inspanning |  |  |  |  |  |  |  |
| Angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidaanval? |  |  |  |  |  |  |  |
| Neerslachtig vanwege uw ademhaling? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Afgelopen week: hoe vaak heeft u** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Gehoest? |  |  |  |  |  |  |  |
| Slijm opgehoest? |  |  |  |  |  |  |  |
| **In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Zware lichamelijke activiteiten (traplopen, haasten, sporten)? |  |  |  |  |  |  |  |
| Matige lichamelijke activiteiten(wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)? |  |  |  |  |  |  |  |
| Dagelijkse activiteiten(uzelf wassen en aankleden)? |  |  |  |  |  |  |  |
| Sociale activiteiten(praten, omgaan met kinderen, familie/vrienden) |  |  |  |  |  |  |  |

**Vragenlijst Astma**

Hoeveel last u in de afgelopen week gehad van de volgende klachten, in verband met uw Astma?

*→ Omcirkel op elke regel telkens één cijfer dat uw antwoord het beste weergeeft*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld wakker geworden door uw longproblemen in de afgelopen week? | 1. Nooit 2. Bijna nooit 3. Een paar keer 4. Verscheidene keren 5. Vaak 6. Heel vaak 7. Kon niet slapen door mijn astma |
| 2. Hoe ernstig waren uw longproblemen bij het 's morgens wakker worden gemiddeld in de afgelopen week? | 1. Geen klachten 2. heel lichte klachten 3. lichte klachten 4. matige klachten 5. vrij ernstige klachten 6. ernstige klachten 7. heel ernstige klachten |
| 3. In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw longproblemen beperkt bij uw activiteiten? | 1. helemaal niet 2. nauwelijks 3. een beetje 4. tamelijk 5. erg 6. heel erg 7. volledig |
| 4. In welke mate heeft u zich over het algemeen kortademig gevoeld in de afgelopen week tengevolge van uw longproblemen? | 1. helemaal niet 2. nauwelijks 3. een beetje 4. middelmatig 5. vrij ernstig 6. ernstig 7. heel ernstig |
| 5. Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een piepende ademhaling? | 1. nooit 2. zelden 3. af en toe 4. geregeld 5. vaak 6. meestal 7. altijd |
| 6. Hoe veel pufs/inhalaties van een kortwerkend luchtwegverwijdend middel (bijv. ventolin of bricanyl) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week?  *(Als u niet zeker weet hoe u deze vraag moet beantwoorden, vraag dan a.u.b. de assistente om uitleg)* | 1. geen 2. 1-2 pufs/inhalaties 3. 3-4 pufs/inhalaties 4. 5-8 pufs/inhalaties 5. 9-12 pufs/inhalaties 6. 13-16 pufs/inhalaties 7. meer dan 16 pufs/inhalaties |