**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 ophoestenKleur 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 Acceptabelo 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 gramo 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 dago 1 tot 2 snee brood/blokjes kaas per dago 2 tot 4 snee brood/blokjes kaas per dago Meer dan 5 snee brood/blokjes kaas per dag |
| Gebruikt u (vrijwel) dagelijks zuivelproducten? | o 3 of meer porties/glazen per dago 2 porties/glazen per dago 1 portie/glas per dago 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 weeko 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 weeko 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 OnduidelijkIndien ja, bij wie………………….................................................................................................................................. |
| Komt er Astma voor in uw familie? | o Ja o Nee o OnduidelijkIndien ja, bij wie………………….................................................................................................................................. |
| Komt er COPD voor in uw familie? | o Ja o Nee o OnduidelijkIndien ja, bij wie………………….................................................................................................................................. |
| Komen er allergieën voor in uw familie? | o Ja o Nee o OnduidelijkIndien 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
 |