



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+	
Hebt u een te hoge bloeddruk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Hebt u diabetes (suikerziekte)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	B	B+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/> Creatinine <input type="text"/> Proteïnurie <input type="text"/>
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	D	D+	
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	E	E+	Hoog cardiovasculair risico <input type="text"/>
	F	F+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE <input type="text"/>
Rookt u? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Eet u dagelijks groenten en fruit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag? <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? lengte <input type="text"/> m gewicht <input type="text"/> kg Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes? <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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Bent u hart- of longpatient? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt? <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 of 50+ of D+ of leverlijden of alcohol 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? <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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee 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			Ja Bespreken risico's en afbouwopties <input type="text"/> Ja Bespreken risico's en afbouwopties <input type="text"/>
			Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie: werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? Of had u weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? (1 x ja) Wens tot hulp? <input type="text"/>