

Astma/COPD

Vragenlijst diagnostiek



Naam: _____

Geboortedatum: _____ Datum onderzoek: _____

1. Bent u onder behandeling bij een longarts (geweest)?

- Nee Ja, bij: UMCG Martini Ziekenhuis Treant Nij Smellinghe OZG
 Anders, namelijk: _____

2. Medicatie

A. Gebruikt u longmedicatie en/of medicijnen tegen allergie? Zo ja, welke?

- Nee (ga naar vraag 3) Ja, namelijk:

| Naam medicijn | Sterkte | Hoe vaak neemt u deze in? | Toedieningsvorm: poederinhalator (P), dosis-aerosol (D), voorzetkamer (V), spray (S), tablet (T) |
|---------------|---------|---------------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T |
| | | | <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T |
| | | | <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T |

B. Heeft u last gehad van bijwerkingen van de longmedicatie?

- Nee Ja, namelijk: Hartkloppingen Heesheid Droge mond Krampen Blauwe plekken
 Anders, namelijk: _____

C. Vergeet u de longmedicijnen wel eens in te nemen?

- Nooit Zelden Af en toe Regelmatig Heel vaak Altijd

3. Heeft u ooit langer dan 1 jaar gerookt?

- Nee (ga naar vraag 4) Ja, maar ik ben gestopt met roken: tussen nu en 1 jaar geleden meer dan 1 jaar geleden

- Ja, en ik rook op dit moment

Bent u gemotiveerd om te stoppen met roken? Ja Nee

Bent u geïnteresseerd in een stoppen-met-roken programma? Ja Nee

Hoeveel sigaretten rookt(e) u per dag? sigaretten

Hoeveel jaren rookt(e) u? jaar

4. Hoe vaak heeft u de afgelopen 12 maanden een kuur (antibiotica of prednison) voor uw longen gehad omdat u meer klachten had van hoesten en/of kortademigheid?

..... keer (vul een getal in)

5. Op welke leeftijd kreeg u voor het eerst longklachten (bijvoorbeeld hoesten, piepen, benauwdheid)?

Ik was jaar oud (vul een getal in)

6. Van welke onderstaande aandoeningen heeft u (ooit) last (gehad)?

- Geen Eczeem Hooikoorts Allergie Astma Bronchitis COPD

7. Komen er in de naaste familie (ouders, broers, zussen) longklachten voor?

- Nee Ja Weet ik niet

8. Wat is/was uw beroep?

9. Wanneer of waarvan krijgt u klachten van benauwdheid, kortademigheid of piepen?

- Geen (Huis)dieren Bomen Baklucht Parfumlucht
 Seizoenen (Huis)stof Koude lucht Sigarettenrook Inspanning
 Voedsel Grassen Mist Verflucht

10. Hoeveel dagen in de afgelopen week heeft u 30 minuten of meer tenminste matig intensieve lichaamsbeweging gehad? Voorbeelden van matig intensieve beweging zijn:

18–55 jaar: wandelen met 5–6 km/uur (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/uur.

> 55 jaar: wandelen met 4–5 km/uur en fietsen met 10–15 km/uur.

0 1-4 5 of meer

11. Vink aan wat het beste beschrijft hoe u zich de afgelopen week heeft gevoeld (slechts één antwoord per vraag).

CCQ

| Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week... | nooit | zelden | af en toe | regelmatig | heel vaak | meestal | altijd |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. kortademig in rust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. kortademig gedurende lichamelijke inspanning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. angstig/bezorgd voor de volgende benauwde aanval? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoe vaak heeft u in de afgelopen week... | nooit | zelden | af en toe | regelmatig | heel vaak | meestal | altijd |
| 5. gehoest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. slijm opgehoest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van... | niet beperkt | heel weinig beperkt | een beetje beperkt | tamelijk beperkt | heel beperkt | heel erg beperkt | volledig beperkt |
| 7. zware lichamelijke activiteiten (traplopen, haasten, sporten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Vink aan wat het beste beschrijft hoe u zich de afgelopen week heeft gevoeld (slechts één antwoord per vraag).

ACQ

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|------------------------------------|
| 1 Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld wakker geworden door longproblemen in de afgelopen week? | <input type="checkbox"/> Nooit | 3 In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw longproblemen beperkt bij het doen van activiteiten? | <input type="checkbox"/> Helemaal niet | 5 Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een piepende ademhaling? | <input type="checkbox"/> Nooit |
| | <input type="checkbox"/> Bijna nooit | | <input type="checkbox"/> Nauwelijks | | <input type="checkbox"/> Zelden |
| | <input type="checkbox"/> Een paar keer | | <input type="checkbox"/> Een beetje | | <input type="checkbox"/> Af en toe |
| | <input type="checkbox"/> Verscheidene keren | | <input type="checkbox"/> Tamelijk | | <input type="checkbox"/> Geregeld |
| | <input type="checkbox"/> Vaak | | <input type="checkbox"/> Erg | | <input type="checkbox"/> Vaak |
| | <input type="checkbox"/> Heel vaak | | <input type="checkbox"/> Heel erg | | <input type="checkbox"/> Meestal |
| 2 Hoe ernstig waren uw longproblemen bij het 's morgens wakker worden gemiddeld in de afgelopen week? | <input type="checkbox"/> Geen klachten | 4 In welke mate heeft u zich over het algemeen kortademig gevoeld in de afgelopen week ten gevolge van longproblemen? | <input type="checkbox"/> Helemaal niet | 6 Hoeveel pufs/ inhalaties van een kortwerkend luchtwegverwijzend middel (bijv. ventolin of bricanyl) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week? | <input type="checkbox"/> Nooit |
| | <input type="checkbox"/> Hele lichte klachten | | <input type="checkbox"/> Nauwelijks | | <input type="checkbox"/> Zelden |
| | <input type="checkbox"/> Lichte klachten | | <input type="checkbox"/> Een beetje | | <input type="checkbox"/> Af en toe |
| | <input type="checkbox"/> Matige klachten | | <input type="checkbox"/> Middelmatig | | <input type="checkbox"/> Geregeld |
| | <input type="checkbox"/> Vrij ernstige klachten | | <input type="checkbox"/> Vrij ernstig | | <input type="checkbox"/> Vaak |
| | <input type="checkbox"/> Ernstige klachten | | <input type="checkbox"/> Ernstig | | <input type="checkbox"/> Meestal |
| <input type="checkbox"/> Heel ernstige klachten | <input type="checkbox"/> Heel ernstig | <input type="checkbox"/> Altijd | | | |

13. Bent u wel eens kortademig? En zo ja, welke van de onderstaande uitspraken is het meest van toepassing?

MRC

- Ik heb geen last van kortademigheid
- Ik word alleen kortademig bij zware inspanning
- Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of tegen een lichte helling oploop
- 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
- Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen
- Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- en uitkleden