

Somatische screening dubbele diagnose



Algemene informatie

Actie

Patiëntgegevens

- Achternaam _____
- Voorletters _____
- Roepnaam _____
- Geboortedatum _____ Leeftijd: _____ jaar
- Geslacht Man Vrouw
- Naam huisarts _____
- Naam tandarts _____
- Naam apotheek _____

Interviewgegevens

- Naam interviewer _____
- Team _____
- Datum _____

Algemene vragen

- | | Data | Reden | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Laatste bezoek huisarts | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Laatste bezoek tandarts | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Laatste bezoek specialist | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Is ooit een hartfilmpje (ECG) gemaakt? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Staat de cliënt lichamelijk onderzoek toe?
Zo ja, lichamelijk onderzoek uitvoeren. Zie volgende pagina. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| <input type="radio"/> Staat de cliënt labonderzoek toe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| <input type="radio"/> Is cliënt akkoord met informatieuitwisseling of contact met huisarts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |

1. Lichamelijke screening

Actie

Polsfrequentie _____ slagen per minuut

Bloeddruk zittend _____ / _____ mm Hg

Lichaamslengte _____ cm.

Gebit goed matig slecht prothese

Gewicht (schoenen en sokken uit) en inspecteer voeten. Let op loopvoeten, schimmel, polyneuropathie, pilling oedeem enkels, gezwollen rode gewrichten, eelt, ingegroeide teennagels en verwondingen. _____ kg. _____

Buik, meet buikomtrek om de navel. _____ cm. _____
 Let op kleur van de buik, de buikomtrek, spider naevi, caput Medusea, verwondingen. _____

Bereken de BMI (gewicht/L2) _____

 o Allergieën _____
 o Ontwenningsklachten _____
 o Insulten _____
 o Delier _____

Zijn er zaken, die we niet hebben besproken, waar cliënt zich zorgen over maakt? Ja Nee

In hoeverre voelt cliënt zich lichamenlijk gezond? Geef een cijfer tussen 1 en 10. Waar 1 voor zeer slecht staat en 10 voor uitstekend. _____

- o Gezichtsvermogen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Gehoor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Conditie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Kortademigheid 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Hoesten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Pijnklachten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Diarree 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o Obstipatie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Somatische ziekten, infectieziekten en familiale aandoeningen

Eerste keer alle kolommen, tweede en volgende keren alleen de cliënt.

Ziektebeeld	Cliënt		Vader		Moeder		Broer/zus		Familiair		Actie
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
■ Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Longaandoeningen Bij hoesten langer dan twee weken, bloed ophoesten, nachtzweeten verwijzen naar GGD Zeeland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ TBC. Laatste test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Cardiovasculaire aandoeningen. Hart- en vaatziekten, bypass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>											
■ Darmaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Gevaccineerd? Hoe vaak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Operaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Ziekenhuisopnames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Ongevallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Coma/black out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>
■ Seksueeloverdraagbare aandoeningen. Gonorrhoe, Chlamydia, Lues, HIV, Trichomonas, Herpes, wratten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>

3. Leefstijl en medicatiegebruik

Actie

Heeft u een gezond eetpatroon?
Zo ja, graag details beschrijven.
Reguliere maaltijden, fruit en groenten,
hoe vaak snacks.

Ja Nee

Kunt u beschrijven wat u op een
gewone dag eet en waar?

Beweegt u regelmatig? Denk
aan wandelen, fietsen, etc.

Ja Nee

Rookt u tabak of sigaretten? Zo
nee, heeft u in het verleden gerookt?
Hoeveel en tot wanneer?

Sigaretten Ja, pakjes/dag Nee
Tabak Ja, pakjes/dag Nee

Drinkt u alcohol?
Zo ja, wat en hoeveel? Hoe vaak en
vanaf welk tijdstip op de dag?

Ja Nee

Gebruikt u drugs? Zo ja, wat ge-
bruikt u en op welke manier?

Nee Cannabis _____
 XTC _____ Heroïne _____
 Cocaïne _____ Amfetamine _____

Bent u op de hoogte van de
risico's van geslachtsziekten?

Ja Nee. Wilt u meer informatie?
 Ja
 Nee

Welke medicijnen gebruikt u?
Alleen navragen als het niet in het
EPD staat. psychiatrische en niet-
psychiatrische medicatie, drogisterij-
artikelen, zalven, inhalers, alternatieve
middelen.

Geneesmiddel Dosering Frequentie Datum aanvang

Heeft u klachten over deze
medicijnen?

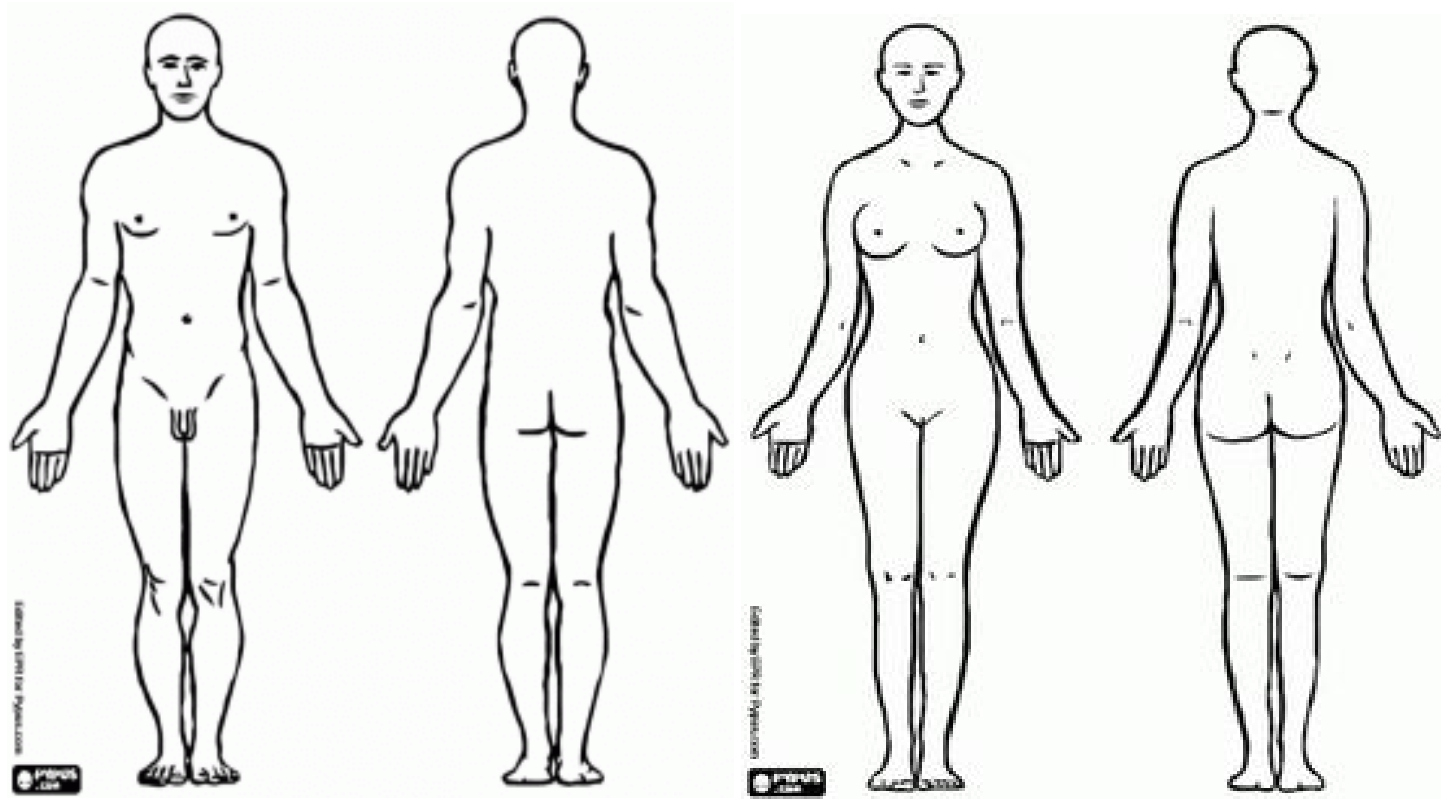
Ja Nee

Heeft u vragen over de
medicijnen die u nu gebruikt?

Ja Nee

4. Actuele klachten

Geef op de figuren met cijfers aan waar de cliënt op dit moment klachten zoals pijn of ongemak ervaart. Vraag specifiek naar problemen met de huid, oren, ogen, gebit, darmen en blaas.



Zet de cijfers met een toelichting in de onderstaande tabel.
 Bijvoorbeeld: probleem: pijn op de borst, frequentie: bij traplopen, gevolg: kan niet naar boven.

Nummer	Probleem	Frequentie	Gevolg	Actie
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■
_____	_____	_____	_____	■

Klachten	Ja	Nee	Details	Actie
■ Pijnklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Neusaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Epileptische aanvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Slaapstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Sedatie/moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Huidaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Ontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
■ Maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Geslachtspecifieke vragen

Vrouw

	Datum	Details	Actie
■ Laatste uitstrijkje	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Laatste menstruatie	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Heeft u een geregelde menstruatie?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Hoe vaak onderzoekt u uw borsten?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Wanneer was de laatste mammografie?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Gebruikt u anticonceptie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Eventuele zwangerschappen?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Vrijt u veilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Pijn bij het vrijen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Man

■ Laatste onderzoek prostaat	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Laatste onderzoek testikels	_____	_____	<input type="checkbox"/>
■ Vrijt u veilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Erectieprobleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>