

Risico management vragenlijst

Naam:

Geb. datum:

Telefoonnummer:

1. Heeft u, of heeft u in het verleden, een van de volgende aandoeningen meegemaakt:
 - a. Hartinfarct / pijn op de borst ja / nee
 - b. CVA / TIA / beroerte ja / nee
 - c. PAV / vaatproblemen in de benen ja / nee
 - d. tII DM / suikerziekte ja / nee
2. Wordt u gecontroleerd voor een van de bovenstaande aandoeningen? ja / nee
 - a. In het ziekenhuis ja / nee
 - b. Bij de huisarts ja / nee
3. Gebruikt u medicijnen? ja / nee
 - a. Heeft u last van bijwerkingen van uw medicijnen? ja / nee
 - b. Heeft u moeite uw medicijnen dagelijks in te nemen? ja / nee
 - c. Gebruikt u zelfzorgmedicijnen (zelf te kopen bij apotheek/drogist) ja / nee
4. Hebben uw ouders, broers of zussen een aandoening aan hun hart of bloedvaten gehad voor hun 65^{ste} levensjaar? ja / nee
5. Rookt u? ja / nee
6. Heeft u gerookt? ja / nee
 - a. Zo ja, hoelang (in jaren)? 10 20 30 40
 - b. Hoeveel (in pakjes per dag)? ¼ ½ 1 2
7. Gebruikt u gemiddeld meer dan 2 eenheden alcohol/dag? ja / nee
8. Bent u vaak kortademig? ja / nee
9. Moet u vaak hoesten? ja / nee
10. Voldoet uw voeding meestal aan de volgende eisen
 - a. Minimaal 2x per week vis ja / nee
 - b. 200 gram groente en ja / nee
 - c. 2 stuks fruit per dag ja / nee
11. Beweegt u tenminste 5 dagen per week minimaal ½ uur per dag (bv. fietsen, stevig doorwandelen, ...) ja / nee
12. Krijgt u pijn in de benen na minder dan 1 kilometer lopen, die overgaat met rusten? ja / nee
13. Werkt u in ploegendienst? ja / nee
14. Ervaart u veel stress? ja / nee
 - a. Zo ja, waar? thuis / werk

Metingen:

Wat is uw lengte?

Wat is uw gewicht? BMI?

Wat is uw middelomtrek?

Wat is uw bloeddruk?

Wat is uw cholesterol ratio? (bepaald in de laatste 2 jaar)

Wat is het 10-jaars risico volgens de risicotabel