

Vragenlijst te consult

De diëtist vraagt u onderstaande vragen te beantwoorden. De ingevulde vragenlijst zal vertrouwelijk behandeld worden en zal door de diëtist gebruikt worden om de ervaringen met het FODMAP-dieet te evalueren. Telefoonnummer en emailadres zullen alleen gebruikt worden om u te benaderen.

Wilt u eerst deze gegevens invullen?		Datum :
Naam:		Geslacht M/V:
Geboortedatum:		
Gewicht:		
Tel.nr overdag:		
Email:		

Wilt u bij de volgende vragen het juiste antwoord omcirkelen?

- Door wie is bij u het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) vastgesteld?
 - Door de huisarts
 - Door de specialist in het ziekenhuis
 - Anders:
- Hoeveel maanden of jaren geleden is PDS bij u vastgesteld?
Antwoord:
- Heeft u langer dan 6 maanden last van steeds terugkerende buikpijn en/of een onaangenaam gevoel? ja/nee
- Waren de klachten de afgelopen 3 maanden meer dan 3 dagen per maand aanwezig? ja/nee
- Verminderen de klachten (kortdurend) na de stoelgang? ja/nee
- Gaan de klachten gepaard met verandering in de vorm van uw ontlasting? (B.v. dunner, harder of keuteliger) ja/nee
- Gaan de klachten gepaard met verandering in hoe vaak u ontlasting heeft? (Vaker of juist minder vaak dan vroeger) ja/nee
- Heeft u wel eens bloed bij de ontlasting (gehad)? Zo ja, hoe vaak? Antwoord: -----
- Wat is uw huidig gewicht?kg En uw lengte? :.....cm
- Bent onbedoeld afgevallen? Zo ja
Hoeveel in de laatste 6 maanden?kg
Hoeveel in de afgelopen maand?kg
- Is uw eetlust de afgelopen maand verminderd? ja/nee
- Gebruikte u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding? ja/nee

Vragenlijst 1e consult

13. Heeft u naast Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) ook andere aandoeningen?
- a. Coeliakie
 - b. Ziekte van Crohn of colitis ulcerosa
 - c. Andere.....
14. Volgt u een dieet en/of heeft u specifieke voedingsgewoonten?
Zo ja, welke?
15. Heeft u uw voeding aangepast om de darmklachten te verminderen? Zo ja, welke maatregelen nam u?
.....
.....

Let op: Wanneer u (deels) begonnen bent met het FODMAP arme dieet vul dan onderstaande tabel in uitgaande van de situatie zoals die was vóórdat u met het dieet begon.

Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 weken te maken gehad met de volgende klachten? Omcirkel de letter bij het antwoord. CIJFER: Geef een cijfer tussen 1 en 10 voor de ernst van de klacht. 1= niet ernstig en 10 is ondraaglijk. N.b. Wanneer afgelopen 2 weken het klachtenpatroon erg afweek van normaal, neem dan het gemiddelde over een langere periode.							
	elke dag klachten	4-6 x per week	2-3 x per week	1 x per week	1 x per 2 weken	geen klachten	Cijfer
Opgeblazen gevoel	A	B	C	D	E	F	
Winderigheid (flatulentie)	A	B	C	D	E	F	
Misselijkheid	A	B	C	D	E	F	
Brijige, waterdunne ontlasting	A	B	C	D	E	F	
Verstopping	A	B	C	D	E	F	
Buikpijn/krampen	A	B	C	D	E	F	

Vragenlijst 1e consult

Als u een cijfer voor de **ernst van vermoeidheidsklachten** van de afgelopen 2 weken zou moeten geven, welk cijfer zou u dan geven? Omcirkel uw cijfer.

1 = nooit moe, heel veel energie

2 = af en toe moe na inspanning of een drukke dag

3 = regelmatig moe, u kunt niet meer zo actief zijn als vroeger

4 = vaak moe, geen zin om iets te ondernemen, u zegt afspraken af

5 = continu moe, alles is teveel, u hangt het liefst de hele dag in de stoel of ligt in bed

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Als u een cijfer zou moeten geven voor de **ernst of hinderlijkheid van uw buikklachten** de afgelopen 2 weken, welk cijfer zou u dan geven? Omcirkel uw cijfer.

1 = geen klachten

10 = ondraaglijke klachten

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Welk type stoelgang heeft u meestal?



Type 1



Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang)



Type 2



Als een worst, maar klonterig



Type 3



Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant



Type 4



Als een worst of slang, glad en zacht



Type 5



Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang)



Type 6



Zachte en papperige delen met niet-definieerbare randen



Type 7



Waterig, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar

