**Vragenlijst voor het niet kunnen boeren of puffen**

Door het invullen van deze lijst, geef ik toestemming aan de verantwoordelijke van de stemkliniek (Dr. Delsupehe) en aan regulerende overheden om deze informatie te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. **Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld** worden. Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze medische gegevens in functie van onderzoeksdoeleinden. Ik ga eveneens akkoord met de overdracht en de verwerking van deze gegevens in andere landen dan België. Ik zal op geen enkele manier met naam vermeld worden.

Naam: Datum:

Het doel van deze vragenlijst is om na te gaan of er sprake is van retrograde cricopfaryngeale dysfunctie (RCPD) bij u en of u bijgevolg in aanmerking zou komen voor de Botox procedure. Het zorgvuldig invullen van dit formulier zal u tijd besparen en een onnodige consultatie of zelfs een procedure vermijden. Daarnaast kan deze vragenlijst ons ook helpen om uw conditie beter te begrijpen en kan ze daarvoor ook gebruikt worden in wetenschappelijke studies, uiteraard zonder uw identiteit op een of andere manier bloot te leggen.

Naam:

Datum:

Geboortedatum:

Adres:

Huisarts:

Wie heeft u doorverwezen naar de stemkliniek? (Graag het juiste antwoord omcirkelen): Vriend/internet/ziekenhuis/zangtherapeut/televisie/verzekeringsmaatschappij/logopedist/krant/ professionele vereniging/andere: \_\_\_\_\_\_

***Probleemoverzicht***

1. Wanneer en hoe werd je bewust dat je niet kan boeren of puffen?
2. Ervaar je dat uw buik opzwelt? Zo ja, leg uit:
3. Heb je last van gorgelende/storende geluiden? Beschrijf:
4. Doet het pijn? Zo ja, beschrijf de aard, ernst, plaats:
5. Wat is volgens jou de hoofdoorzaak?
6. Ervaar je overmatige winderigheid?
7. Denk je dat de mogelijkheid om over te geven verschillend is van anderen?
8. Was het moeilijk om op te boeren als kind, voor zover je weet? Had je als kind veel last van winderigheid?
9. Ervaar je zuur die oprispt?
10. Heeft u de indruk dat voedsel moeilijk afglijdt in de slokdarm?
11. Heeft U problemen om te drinken?
12. Heeft U problemen om vast voedsel in te slikken?
13. In welke mate beïnvloedt dit probleem je dagdagelijks leven? Welke aanpassingen aan je sociaal leven heb je reeds uitgevoerd?
14. Welke waren de voorgaande diagnoses voor dit probleem? Heb je reeds behandeling hiervoor gekregen?
15. Duid op de schaal aan (omcirkel) hoe ernstig het probleem is voor jezelf:

1 2 3 4 5 6 7

1. Hoe gemotiveerd ben je om dit probleem op te lossen? Omcirkel op de schaal

1 2 3 4 5 6 7

1. Heb je nog iets toe te voegen over het probleem? (Graag in wat volgt beschrijven):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Bijkomende informatie***

1. Omcirkel het cijfer dat overeenstemt met je stembelasting (‘Hoeveel spreek je? Niet-beroepsgebonden, maar karakterieel.’) (1 = zeer weinig, 7 = zeer sociaal)

1 2 3 4 5 6 7

1. Op een schaal van 1 tot 7: Hoe beoordeelt u de luidheid van uw stem? (1 = zeer stil, 7 = zeer luid)

1 2 3 4 5 6 7

***Medische informatie***

1. Omcirkel wat voor u van toepassing is:

Hartinfarct/hartfalen/hoge bloeddruk/ osteoartritis/rheumatoïde artritis/nierfalen/jicht/GERD of refluxziekte/diabetes/CVA (trombose/embolie)/epilepsie/mentale ziekte/nierstenen/bloedklonter in been/osteoporosis/allergie/longziekte/HIV/aids/tuberculose/astma/bloedkklonter in de longen/alcoholisme/leverfalen/hepatitis/schildklieraandoening/bloeden/anemie/kanker/maag zweren/ernstig trauma (graag verduidelijken): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geen (kruis aan indien geen): □

***Chirurgische informatie***

1. Som de procedures die je in het verleden hebt ondergaan op, indien aanwezig:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Operatie | Chirurg | Datum  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Geen (kruis aan indien geen): □

***Familiale geschiedenis***

1. Omcirkel wat voor u van toepassing is (binnen de familie):

CVA/hartproblemen/hoge bloeddruk/chronisch hoesten/artritis/jicht/stoornissen van het bloed/astma/mentale ziektes/nierproblemen of nierstenen/rugproblemen/GERD of Refluxziekte/alcoholisme/epilepsie/diabetes/Niet dat ik voor zover weet.

Neurologische stoornis: ja/nee; verklaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psychiatrische ziekte: ja/nee; verklaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kanker: ja/nee; verklaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niet van toepassing (kruis aan indien niet van toepassing): □

1. Welke medicatie neemt u?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niet van toepassing (kruis aan indien niet van toepassing): □

1. Heb je een allergie of doe je bizarre/allergische reacties op medicatie?

□ Neen, geen

□ Ja (graag toelichten): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heb je een levenswens? (Dit is een document dat duidelijk maakt hoe iemand wenst te worden behandeld in het geval van een ernstig (terminale) ziekte en de persoon in kwestie handelingsonbekwaam is geworden.)

□ Neen, geen

□ Ja

***Sociale informatie***

1. Nicotineverbruik (omcirkel het juiste antwoord):

□ Nooit

□ Regelmatig: \_\_\_\_\_\_/pakjes/dag voor \_\_\_\_\_jaren

 □ sigaretten □ kauwen □ pijp

□ Indien vroeger: \_\_\_\_\_\_/pakjes/dag voor \_\_\_\_\_jaren

 □ sigaretten □ kauwen □ pijp

1. Alcoholverbruik:

□ Niets

□ 1-3 glazen per week

□ 4-8 glazen per week

□ > 8 glazen per week

1. Andere:

□ Cafeïnehoudende dragen per dag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hoeveel koppen koffie per dag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Overzicht:***

29. Omcirkel alles dat voor u van toepassing is:

Leesbril/verandering van zicht/gehoorverlies/oorpijn/tandpijn/tandvleesproblemen/

neusbloedingen/frequente hoofdpijn/duizeligheid/blackouts/epilepsie/gevoelloosheid of tintelingen/abnormale hartslag/hart- of borstpijn/chronische pijn/artritis/krampen van de kuit tijdens het wandelen/gezwollen enkels/koude intolerantie/recente gewichtsverandering/gebrekkige eetlust/moeilijkheden om te slikken/maagpijn/nausea of braken/koorts of rillingen/ frequent plassen/branderig gevoel tijdens het plassen/moeilijkheden om te plassen/ frequent geconstipeerd zijn/aambeien/huideczeem/warm of koud hebben/onregelmatige periodes/frequente spotting/ nervositeit/maagzweren/maagzuur/zuur oprispen/keelonsteking of angina/heesheid/

ademhalingsproblemen/snurken/ademstop ’s nachts/andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geen (kruis aan indien geen): □

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**