



Datum

Instellingscode

Afdelingscode

1. Hoofdspecialisme (één antwoord kiezen)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - algemeen | <input type="radio"/> Algemene heelkunde / chirurgie |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - cardiologie | <input type="radio"/> Chirurgie / cardiologie / vaatchirurgie / thoracale chirurgie |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - maag-darm-leverziekten | <input type="radio"/> Chirurgie / neurochirurgie |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - geriatrie | <input type="radio"/> Chirurgie / orthopedie |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - infectieziekten | <input type="radio"/> Traumatologie |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - nefrologie | <input type="radio"/> KNO (Keel, neus en oorzaken) |
| <input type="radio"/> Inwendige geneeskunde - oncologie (inclusief radiotherapie) | <input type="radio"/> Gynaecologie / zwangeren |
| <input type="radio"/> Interdisciplinair | <input type="radio"/> Kindergeneeskunde |
| <input type="radio"/> Lang verblijf afdeling | <input type="radio"/> Psychiatrie |
| <input type="radio"/> Neurologie | <input type="radio"/> Overigen |

2. Aantal opnamepatiënten om 12 uur

3. Totale bedden capaciteit van de afdeling

4. Aantal zorgverleners op de afdeling in de ochtend van Nutrition Day (exclusief schoonmaak en medewerkers voor Nutrition day)

	Gediplomeerd	In opleiding
Artsen		
Medisch studenten	n.v.t.	
Verpleegkundigen		
Verpleeghulp		
Diëtisten		
Voedingskundigen		
Administratief personeel		n.v.t.
Overige zorgverleners		

5. Is er een voedingsteam in uw ziekenhuis? Ja Nee

6. Heeft deze afdeling een voedingsbehandelplan? Ja Nee

7. Is er één zorgverlener van de afdeling verantwoordelijk voor de voedingszorg? Ja Nee

8. Is er een diëtist, voedingskundige of diëtist-assistent beschikbaar voor uw afdeling? Ja Nee

9. Zijn op de afdeling specifieke medewerkers aanwezig voor de ondersteuning van de patiënt tijdens de maaltijden? Ja Nee

10. Hoe screent / monitort u patiënten op ondervoeding? (kies één antwoord per kolom)

Bij opname

- Geen routine screening
 - Geen vaste criteria
 - Ervaring / klinische blik alleen
 - Alleen gewicht / BMI
 - Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
 - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Malnutrition Screening Tool (MST)
 - SNAQ
 - ander vorm van screening / ander screeningsinstruments
- Graag specificeren:

Tijdens opname

- Geen routine screening
 - Geen vaste criteria
 - Ervaring / klinische blik alleen
 - Alleen gewicht / BMI
 - ander vorm van screening / ander screeningsinstruments
- Graag specificeren:

Vervolg met pagina 1b

11a. Heeft u vaste protocollen voor voedingszorg? Ja Nee

11b. Zo ja, welke wordt gebruikt?

- Internationale richtlijnen Standaard op afdelingsniveau
- Nationale richtlijnen Individueel voedingszorgplan
- Standaard op ziekenhuisniveau Overige

12. Wat wordt er voor deze patiënten standaard gedaan? (kruis alle mogelijkheden aan)

Observeren	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Breng voedingsplan ter sprake tijdens visites	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Ontwikkel het individuele voedingszorgplan	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Start behandeling / voedingsinterventie	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Vraag een voedingsexpert in consult (diëtist / voedingskundige)	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Vraag een arts	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Bereken energiebehoefte	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit
Bereken eiwitbehoefte	<input type="checkbox"/> Risico	<input type="checkbox"/> Ondervoed	<input type="checkbox"/> Elke patiënt	<input type="checkbox"/> Nooit

13. Wanneer weegt u uw patiënten? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Bij opname Binnen 48 uur Eenmaal per week Als het nodig is
- Binnen 24 uur Binnen 72 uur Af en toe Bij ontslag
- Nooit

14. Wat wordt gedaan om adequate voedingsinname bij de patiënten te bewerkstelligen? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Aanvullende maaltijden of tussenmaaltijden aanbieden Zorg voor ongestoorde maaltijden
- Keuze in maaltijden aanbieden Zorg voor een prettige eetomgeving
- Keuze in portiegrootte Aangepaste maaltijden voor cultuur en religie
- Presentatie van de voeding Aangepaste maaltijden voor allergie / intolerantie
- Consistentieverandering indien nodig Overige
- Evalueer problemen met eten en drinken bij patiënten

15. Welke voedingsstandaarden bestaan er op uw afdeling? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Voedingstraining is beschikbaar
- Voedingsgerelateerde informatie wordt doorgegeven aan management ziekenhuis
- Kwaliteitsindicatoren worden vastgesteld en op regionaal of nationaal niveau doorgegeven
- Kwaliteitsindicatoren worden gebruikt voor locale benchmark
- Feedback wordt gevraagd aan patiënten over de voeding en voedingservice via vragenlijsten

16. Wat wordt tijdens het opnamegesprek gevraagd en vastgelegd? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Gewichtsveranderingen Eetgewoonten / eetproblemen Voeding voor opname

17. Op welke formulieren is er ruimte voor documentatie over inname, voeding en ondervoeding (kruis alle mogelijkheden aan)

a. Het patiëntendossier heeft een sectie voor...

- Aangeven of de patiënt ondervoed is of risico heeft op ondervoeding Voedingsbehandelplan

b. Ontslagbrief...

- Samenvatting van het voedingsbehandelplan tijdens opname
- Geeft voedingsgerelateerde adviezen voor toekomstige behandeling aan

18. Verstreekt u brochures over ondervoeding aan patiënten met (risico op) ondervoeding? Ja Nee

19. Formulier ingevuld door... (kruis alle mogelijkheden aan)

- Afdelingshoofd Verpleegkundige Administratief personeel
- Diëtist Arts Overige

Dank u!

1. Totaal aantal bedden ziekenhuis

2. Totaal aantal opnames in het afgelopen jaar

3. Totaal aantal zorgverleners in het ziekenhuis

	Totaal aantal	FTE
Totaal artsen		
Medisch specialisten		
Artsen in opleiding		
Verpleegkundigen		
Diëtisten		
Voedingskundigen		
Apothekers		
Keukenmedewerkers		

4. Heeft het ziekenhuis een voedingsplan? Ja Nee Onbekend

5. Welke voedingsgerelateerde standaarden /routines zijn er in uw ziekenhuis?
- Voedingsonderwijs is beschikbaar
 - Voedingscommissie is aanwezig
 - Kwaliteitsindicatoren worden verzameld op nationaal of regionaal niveau
 - Kwaliteitsindicatoren worden gebruikt voor lokale benchmark
 - Feedback van patiënten over voeding en voedingservice wordt via vragenlijsten gevraagd

6. Welke codes zijn beschikbaar in uw ziekenhuis voor declaratie?
- | Codes beschikbaar | Codes algemeen gebruikt |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voedingsondersteuning | <input type="checkbox"/> Voedingsondersteuning |
| <input type="checkbox"/> Drinkvoeding | <input type="checkbox"/> Drinkvoeding |
| <input type="checkbox"/> Parenterale voeding | <input type="checkbox"/> Parenterale voeding |
| <input type="checkbox"/> Enterale voeding | <input type="checkbox"/> Enterale voeding |
| <input type="checkbox"/> Dieetadvisering | <input type="checkbox"/> Dieetadvisering |
| <input type="checkbox"/> Speciaal dieet | <input type="checkbox"/> Speciaal dieet |
| <input type="checkbox"/> Screening ondervoeding | <input type="checkbox"/> Screening ondervoeding |
| <input type="checkbox"/> Risico ondervoeding | <input type="checkbox"/> Risico ondervoeding |
| <input type="checkbox"/> Ondervoeding (algemeen) | <input type="checkbox"/> Ondervoeding (algemeen) |
| <input type="checkbox"/> Ernst van ondervoeding (mild, matig, ernstig) | <input type="checkbox"/> Ernst van ondervoeding (mild, matig, ernstig) |
| <input type="checkbox"/> Geen informatie beschikbaar | <input type="checkbox"/> Geen informatie beschikbaar |

Dank u!

Kruis het antwoord aan dat voor deze patiënt geldt



Over uw patiënt
FORMULIER 2a

Datum

Instellingscode

Afdelingscode

Patiëntnummer Initialen patiënt

Geslacht Vrouw Man Opnamedatum

Gewicht kg Geschat Gemeten

Lengte cm Geschat Gemeten Informed consent Ja Nee

Alleen doorgaan indien patiënt toestemming heeft gegeven!

1. Deze opname was... Gepland Spoedopname Onbekend

2a. Diagnose bij opname (kruis alle mogelijkheden aan)

<input type="checkbox"/> 0100 Infectieziekten	<input type="checkbox"/> 1300 Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel
<input type="checkbox"/> 0200 Kanker	<input type="checkbox"/> 1400 Ziekten van urogenitaal stelsel
<input type="checkbox"/> 0300 Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van immuunsysteem	<input type="checkbox"/> 1500 Zwangerschap, bevalling en kraambed
<input type="checkbox"/> 0400 Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	<input type="checkbox"/> 1600 Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
<input type="checkbox"/> 0500 Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	<input type="checkbox"/> 1700 Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
<input type="checkbox"/> 0600 Ziekten van zenuwstelsel	<input type="checkbox"/> 1800 Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geassocieerd
<input type="checkbox"/> 0700 Ziekten van oog en adnexen	<input type="checkbox"/> 1900 Letsel, vergiftiging
<input type="checkbox"/> 0800 Ziekten van oor en processus mastoideus	<input type="checkbox"/> 2000 Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte (ongeluk, aanslag)
<input type="checkbox"/> 0900 Ziekten van hart en vaatstelsel	<input type="checkbox"/> 2100 Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg
<input type="checkbox"/> 1000 Ziekten van ademhalingsstelsel	
<input type="checkbox"/> 1100 Ziekten van spijsverteringsstelsel	
<input type="checkbox"/> 1200 Ziekten van huid en subcutis	

2b. Hoofddiagnose voor opname (kies één antwoord van bovenstaanden)

3. Welke comorbiditeiten heeft deze patiënt? (kruis het juiste antwoord aan)

Hartfalen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Diabetes type 1 / type 2 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Myocard infarct <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Kanker <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische longziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Infectie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Cerebraal vasculair accident (CVA) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Dementie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Perifeer vasculaire aandoening <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Depressiviteit <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische leverziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Overige psychische aandoening <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Chronische nierziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Overige chronische ziekte <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

4a. Operatie tijdens deze opname	4b. Geplande operatie tijdens opname
<input type="radio"/> Ja, gepland <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, vandaag of morgen
<input type="radio"/> Ja, acuut	<input type="radio"/> Ja, later
Dagen postoperatief <input type="text"/> Dagen	<input type="radio"/> Nee

5. Intensive care opname tijdens deze opname? Ja Nee

6. Is deze patiënt terminaal? Ja Nee Onbekend

7. Vochtbalans Normaal Overvuld Gedehydrerd Onbekend

8. Aantal medicijnen voorgeschreven (VANDAAG) Oraal Overige

9. Is de patiënt geïdentificeerd als (risico op) ondervoeding? Ondervoed Risico Nee Onbekend

Ga naar formulier 2b



Over uw patiënt
FORMULIER 2a

Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Instellingscode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Afdelingscode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kies de juiste antwoorden die voor deze patiënt gelden



Over uw patiënt
Formulier 2B

Datum

Instellingscode

Afdelingscode

Patiënt ID Initialen

10. Vocht Vandaag Electrolytoplossing (NaCl, ringers etc) 5% Glucose oplossing

11. Aantal geplande drinkvoedingen Vandaag

12. Inname voeding Vandaag (kruis de mogelijkheden aan)

Standaard ziekenhuis voeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Verrijkte ziekenhuisvoeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Eiwitrijk supplement (bv drinkvoeding)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Enterale voeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Parenterale voeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Speciaal dieet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend

13a. Alle sondes en lijnen Vandaag (kruis de mogelijkheden aan)

Centraal veneus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	Neus-duodenum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Perifeer infuus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	Jenjunumfistel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Nasogastric	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	Percutane endoscopische gastrostomie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Neus-jejunum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	Percutane endoscopische jejunostomie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee

13b. Zijn er complicaties geweest bij de sondes / lijnen sinds opname (infecties, obstructies?)

Ja, geweest Ja, nog steeds Nee Onbekend

14. Geef aan of een van onderstaande is gedaan bij deze patiënt sinds de opname (kruis de mogelijkheden aan)

Energiebehoefte bepaald	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Eiwitbehoefte bepaald	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Orale inname geregistreerd in patiëntdossier	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Voedingsbehandelplan gemaakt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Voedingsexpert geconsulteerd	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Voedingsstatus gedocumenteerd in status	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend

15a. Energie doel Gisteren

< 500 kcal

500 - 999 kcal

1000 - 1499 kcal

1500 - 1999 kcal

>= 2000 kcal

Niet bepaald

Onbekend

OF svp invoegen kcal/kg

15b. Energieinname Gisteren

< 500 kcal

500 - 999 kcal

1000 - 1499 kcal

1500 - 1999 kcal

>= 2000 kcal

Niet bepaald

Onbekend

OF svp invoegen kcal/kg

16. Sinds opname is de gezondheidsstatus van de patiënt

Verbeterd De patiënt is net opgenomen

Verslechterd Onbekend

Gelijk gebleven

Dank u!

Patiëntnummer

 Initialen
1. Wat zijn uw voedingsgewoonten? (kruis alle mogelijkheden aan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geen specifieke voedingsgewoonte | <input type="checkbox"/> Ik vermijd koolhydraten |
| <input type="checkbox"/> Ik eet vegetarisch | <input type="checkbox"/> Ik gebruik een vetarm dieet |
| <input type="checkbox"/> Ik eet veganistisch | <input type="checkbox"/> Ik ben lactose intolerant |
| <input type="checkbox"/> Glutenvrij | <input type="checkbox"/> Ander dieet ivm intoleranties / allergie |
| <input type="checkbox"/> Ik vermijd toegevoegd suiker | <input type="checkbox"/> Overig |

2. Waar was u voor deze opname?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Thuis | <input type="radio"/> Overgeplaatst van een ander ziekenhuis |
| <input type="radio"/> Verpleeg of verzorgingshuis | <input type="radio"/> Overige |

3. Kunt u lopen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee, ik heb een rolstoel |
| <input type="radio"/> Ja, met hulp | <input type="radio"/> Nee, ik ben bedlegerig |
| <input type="radio"/> Ja, met een hulpmiddel (stok, rollater) | |

4. In het algemeen is uw gezondheid

-
- Erg goed
-
- Goed
-
- Matig
-
- Slecht
-
- Erg slecht

5. In de afgelopen 12 maanden voor deze opname ongeveer..

Hoe vaak heeft u een arts bezocht? Keren

Hoe vaak bent u opgenomen (spoedeisende hulp, afdeling) Keren

Hoeveel nachten heeft u in een ziekenhuis gelegen? Nachten

6. Hoeveel verschillende geneesmiddelen gebruikt u per dag (voorafgaande aan de opname)?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 tot 2 | <input type="radio"/> Geen |
| <input type="radio"/> 3 tot 5 | <input type="radio"/> Onbekend |
| <input type="radio"/> Meer dan 5 | |

7. Heeft u een zorgverzekering?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ja, privé verzekering | <input type="radio"/> Nee |
| <input type="radio"/> Ja, overheidsverzekering | <input type="radio"/> Ik geef hier geen antwoord op |
| <input type="radio"/> Ja, beide | |

8. Wat was uw gewicht 5 jaar geleden?
 kg Onbekend

9a. Heeft u de afgelopen 3 maanden gewicht verloren?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ja, bedoeld | <input type="radio"/> Nee, ik ben aangekomen |
| <input type="radio"/> Ja, onbedoeld | <input type="radio"/> Weet ik niet |
| <input type="radio"/> Nee, mijn gewicht is gelijk gebleven | |

9b. Zo ja, hoeveel kilo heeft u verloren?
 kg Weet ik niet

10. Was u op de hoogte van uw opname twee dagen voor de opname?
 Ja Nee

11. Geef aan of u....

...bent gewogen bij opname	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...geïnformeerd bent over uw voedingsstatus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...geïnformeerd bent over de mogelijkheden van de voeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...speciale voeding heeft aangeboden gekregen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend

Ga door naar formulier 3b

Patiënt ID

Initialen

12. Hoe goed heeft u in de week voor uw opname gegeten?

- Meer dan normaal
 Normaal
 Ongeveer 3/4 van normaal
 Ongeveer 1/2 van normaal
 Ongeveer 1/4 of minder

13. Bent u tevreden over de voeding in het ziekenhuis

- Erg tevreden
 Tevreden
 Neutraal
 Ontevreden
 Erg ontevreden
 Onbekend

14. Heeft u VANDAAG hulp gekregen bij het eten?

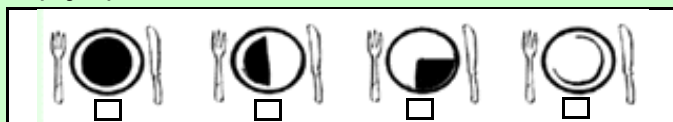
- Ja, van familie / vrienden
 Ja, van zorgverlener
 Nee

15. Heeft u kunnen eten zonder dat u gestoord werd?

- Ja
 Nee

16a. Geef aan hoeveel u vandaag heeft gegeten van de ziekenhuismaaltijd?

(bijna) alles De helft Een kwart Niets



16b. De portiegrootte die ik vandaag heb besteld was...

- Standaard
 Kleiner
 Groter
 Onbekend

17. Indien u niets heeft gegeten kunt u aangeven waarom? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Ik vond de soort eten niet prettig
 Ik vond de geur/smaak niet lekker
 Het eten paste niet binnen mijn culturele / religieuze voorschriften
 Het eten was te heet
 Het eten was te koud
 In verband met allergie / intolerantie
 Ik had geen honger
 Ik had niet mijn normale eetlust
 Ik heb problemen met slikken / kauwen
 Ik eet meestal minder
 Ik was misselijk / moest overgeven
 Ik was te moe
 Ik kan niet eten zonder hulp
 Ik mocht niet eten
 Ik had een onderzoek / operatie en heb mijn maaltijd gemist
 Ik kreeg niet het eten dat ik besteld had

18. Geef het aantal glazen/kopjes aan dat u de laatste 24 uur gebruikt heeft

- Water Koffie Vuchtensap Drinkvoeding
 Thee Melk Frisdrank Overige

19a. Heeft u iets anders dan ziekenhuiseten gegeten?

- Ja Nee

19b. Zo ja, wat heeft u gegeten?

- Zoete snack Zuivelproducten
 Hartige snack Eten laten bezorgen / gegeten in restaurant
 Huisgemaakt eten Belegd brood(je)
 Fruit Overig

20. Is uw voedingsinname veranderd tijdens de opname?

- Verbeterd Verminderd Gelijk gebleven Onbekend

21. Vandaag voel ik mij...

- Sterker dan bij opname
 Zwakker dan bij opname
 Gelijk aan opname
 Ik ben vandaag opgenomen Onbekend

22. Kunt u VANDAAG lopen zonder hulp?

- Ja
 Nee, alleen met hulp
 Nee, ik blijf in bed

23. Heeft u hulp gehad bij het invullen van de vragen...

- Ja Nee

Dank u!

Kruis het antwoord aan dat voor deze patiënt geldt



Instellingscode

--	--	--	--

Afdelingscode

--	--	--	--

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntnummer	<input type="text"/>	Initialen patiënt	<input type="text"/>	Geboortejaar	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man		Opnamedatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten		
Lengte	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> Geschat	<input type="radio"/> Gemeten	Informed consent	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Patiëntenlijst en uitkomsten (alle ND patiënten)



30 dagen uitkomst

Datum

Instellingscode

Afdelingscode

Patiënt ID	Initialen	Ontslagdatum	Ontslagdiagnose			Resultaat	Heropname sinds ND
[Redacted]			(zie box 1 voor codes)			(zie box 2 voor codes)	(zie box 3 voor codes)
[Redacted]	MA MU	24.11.2015	1. J15.212	2. G89.3	3. T45.1X5	1	1
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	4. Z61.12	5.	6.		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]					

1. Gebruik volledige ICD-10 codes of de codes onderstaand

2. Resultaat

maximaal 6 codes, in dezelfde volgorde als het dossier

- 0100 Infectieziekten
- 0200 Kanker
- 0300 Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van immuunsysteem
- 0400 Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen
- 0500 Psychische stoornissen en gedragsstoornissen
- 0600 Ziekten van zenuwstelsel
- 0700 Ziekten van oog en adnexen
- 0800 Ziekten van oor en processus mastoideus
- 0900 Ziekten van hart en vaatstelsel
- 1000 Ziekten van ademhalingsstelsel
- 1100 Ziekten van spijsverteringsstelsel

- 1200 Ziekten van huid en subcutis
- 1300 Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel
- 1400 Ziekten van urogenitaal stelsel
- 1500 Zwangerschap, bevalling en kraambed
- 1600 Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
- 1700 Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
- 1800 Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geclassificeerd
- 1900 Letsel, vergiftiging
- 2000 Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte (ongeluk, aanslag)
- 2100 Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg

- 1= Nog opgenomen
- 2= Overgeplaatst naar ander ziekenhuis
- 3= Overgeplaatst naar een verpleegtehuis
- 4= Revalidatie
- 5= Ontslag naar huis
- 6= Overleden
- 7= Overigen

3. Heropname code

- 1= Nee
- 2= Ja, zelfde ziekenhuis, gepland
- 3= Ja, zelfde ziekenhuis, niet gepland
- 4= Ja, ander ziekenhuis, gepland
- 5= Ja, ander ziekenhuis, ongepland
- 6= Weet ik niet

Dank u!

Bestaat er een geïnformatiseerd patiëntendossier in het hospitaal?⁹ Ja Neen

Is het voedingsplan een onderdeel van het totaal behandelplan van oncologische patiënten?⁹ Ja Neen

Zo ja, op welke manier wordt dit voedingsplan dan geïntegreerd of geïmplementeerd?³⁸

- Routinematig
- Wanneer een patiënt erom verzoekt
- Wanneer de patiënt > 10% gewicht heeft verloren
- In een palliatieve fase
- Op een andere wijze, beschrijf a.u.b.

Zo neen, waarom?¹⁰

- Gebrek aan (wetenschappelijk) bewijs
- Geen of gebrek kennis over de materie
- Geen terugbetaling
- Omdat de tumor dan ook wordt gevoed
- Andere

Welke voedingstherapie wordt gevolgd voor oncologische patiënten?¹⁰

- Voeding volgens het vooropgestelde voedingsplan.
- Berekenen van de energiebehoeften.
- Monitoren of opvolgen van voedselinname en het gebruik van orale supplementen indien nodig
- Geen
- Andere

Zo niet, wat zijn de belangrijkste redenen?¹⁰


- Gebrek aan (wetenschappelijk) bewijs
- Gebrek aan ervaring
- Geen terugbetaling
- Gebrek aan diëtisten
- Gebrek aan andere experts.
- Andere

Hoe dikwijls worden de volgende parameters geregistreerd bij oncologische patiënten en welke methoden worden gebruikt?³⁹

	Regelmatig	Bij elke chemokuur	Zo nodig	Nooit	?
Anthropometrie/Lichaamssamenstelling					
Lichaamsgewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anthropometrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bio-electrische impedantiemeting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT-scan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichaamsfunctie					
Handknijpkracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-minuten wandeltest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berekening nutritionele behoeften					
Voedselinname					
Elke maaltijd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maaltijd/dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 maaltijden/dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registratie 24 uren voedselinname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie heeft document 1 oncologie ingevuld?¹¹

- Diëtiste
 Verpleegkundige
 Arts
 Nutritionist
 Andere

"Dienst van alle oncologie patiënten"													
													
initialen	N ^o	o/w	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	<input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mg/L	<input type="radio"/> g/L <input type="radio"/> g/dL	1-10
Doel van de therapie: c = curatief p = palliatief t = terminaal 3 = chirurgie 4 = behandeling van complicatie(s) 5 = slechte algemene conditie 6 = gebrek aan zelfredzaamheid	Reden van opname: 1 = observatie (diagnostisch) 2 = behandeling	Actuele kankerdiagnose 1 = borst 2 = colon, rectum 3 = prostaat 4 = long 5 = huid 6 = nier/blaas 7 = maag/slokdarm 8 = pancreas	9 = lymfoom 10 = KNO 11 = leukemie 12 = gynaecologisch 13 = lever 14 = sarcoom 15 = hersenen 16 = testikel 17 = andere	Tijd sinds vaststellen diagnose 1 = 0-2 maanden 2 = 3-5 maanden 3 = 6-12 maanden 4 = 1-2 jaar 5 = 2-4 jaar 6 = > 4 jaar	Stadium van kanker 0 = carcinoma in situ I = gelokaliseerd II = vroegtijdige lokale uitbreiding III = laattijdige lokale uitbreiding IV = gemetastaseerd	Tijd sinds eerste start therapie 1 = geen therapie 2 = tumor stagering/diagnosestelling 3 = 0-2 maanden 4 = 3-5 maanden 5 = 6-12 maanden 6 = 1-2 jaar 7 = 2-4 jaar 8 = > 4 jaar	Therapeutische situatie 1 = diagnose 2 = chemo eerste lijn 3 = chemo > eerste lijn 4 = radiotherapie 5 = specifiek gerichte therapie 6 = hormoon therapie 7 = palliatief 8 = chirurgisch	Infecties 1 = neen 2 = lokaal 3 = algemeen 9 = kanker gerelateerde complicaties 10 = therapie gerelateerde complicaties					
Nutritionele behandeling 1 = gewone voeding 2 = geïndividualiseerd oraal voedingsplan		3 = energierijk/proteinerijke bijvoedingen 4 = sondevoeding 5 = parenterale voeding		6 = bijvoedingen met specifieke nutriënten 7 = specifieke nutriënten (EPA, glutamine, BCAA, arginine, carnitine)			8 = persoonlijke voorkeuren 9 = dieetadvies 10 = andere						

Elk exponent (vb. x³⁹) verwijst naar de nummers in de verklaringen.

Beste patiënt,

We zouden u willen vragen om vandaag deze vragenlijst in te vullen om zo het voedingsbeleid op deze afdeling te verbeteren. We zouden willen weten hoe u zich vandaag voelt en hoe actief u bent.

 Controleer a.u.b. of vul in 
DANK U VOOR UW MEDEWERKING!
Patiënt's-initialen: ⁴ de twee eerste letters van uw voornaam ██████ de twee eerste letters van uw achternaam ██████
Uw gewoon lichaamsgewicht voor u ziek werd ⁵² kg I weet het niet

Uw actueel lichaamsgewicht ⁵² kg I weet het niet

Was uw gewichtsverlies gewenst of ongewenst? ⁵⁴
 gewenst ongewenst gewicht is stabiel

Duid a.u.b. aan wat het meest van toepassing was gedurende de afgelopen week: ⁵⁵

	Helemaal niet	Een beetje	Vrij veel	Heel veel
Heeft u pijn gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Had u behoefte om te rusten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u zich slap gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelde u zich neerslachtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was u moe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Duid a.u.b. aan wat het meest op u van toepassing is op dit moment: ⁵⁵

	Helemaal niet	Een beetje	Vrij veel	Heel veel
Hebt u pijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moet u rusten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich zwak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich depressief?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich moe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft de pijn een negatieve invloed op uw dagelijkse activiteiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u een gebrek aan eetlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als uw voedselinname is verminderd, kan u a.u.b. aanduiden wat de reden is? ¹⁰

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> misselijkheid of braken | <input type="checkbox"/> obstipatie | <input type="checkbox"/> vroege verzadiging/
verlies aan eetlust |
| <input type="checkbox"/> infectie in de mond | <input type="checkbox"/> diarree | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> pijn | <input type="checkbox"/> smaak of geurverandering | |

Welke activiteiten kan u nog maximaal volbrengen of uitoefenen? ⁵⁶

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> sporten | <input type="radio"/> Mezelf verzorgen/wassen |
| <input type="radio"/> Alle normale activiteiten van het dagelijks leven | <input type="radio"/> Mezelf verzorgen/wassen maar met hulp |
| <input type="radio"/> Enkel lichte activiteiten | <input type="radio"/> Ik ben bedlegerig of (rol)stoelgebonden |

Wat neemt u zonder voorschrift van de arts? ¹⁰

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> niets | <input type="checkbox"/> multivitamines |
| <input type="checkbox"/> kruiden thee | <input type="checkbox"/> andere medicatie |
| <input type="checkbox"/> voedingssupplementen | <input type="checkbox"/> andere |

Welke specifieke activiteiten oefent u (nog) uit? ¹⁰

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niets | <input type="checkbox"/> Meditatie | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Spierrelaxatie | |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Qigong | |

Hebt u het moeilijk om de huidige behandeling te ondergaan of te verdragen? ⁹ Ja Neen I weet het niet

Heeft iemand u geholpen met deze vragenlijst? ⁹ Ja Neen I weet het niet

Geloof u dat voeding(sadvies) of een voedingstherapie een belangrijke meerwaarde kan bieden in uw algemene behandeling? ⁹ Ja Neen I weet het niet