**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 aandoening 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:

Huisarts:

Wie heeft u doorverwezen naar de stemkliniek? (Duid het juiste antwoord aan):

Vriend/internet/ziekenhuis/zangtherapeut/televisie/verzekeringsmaatschappij/logopedist/krant/professionele vereniging/andere: \_\_\_\_\_\_

***Probleemoverzicht***

1. Klachten (niet kunnen boeren of puffen) zijn begonnen sedert: \_\_\_\_\_jaar/maanden

2. Heb je het gevoel dat je buik opzwelt? ja/nee

3. Heb je last van gorgelende/storende geluiden? Ja/nee

4. Doet het pijn? Ja/nee

Zo ja, waar doet het pijn? Buik/borst/andere: \_\_\_

Duid op een schaal aan hoeveel pijn het doet: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Wat is volgens jou de hoofdoorzaak?

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

6. Ervaar je overmatige winderigheid? Ja/neen

7. Denk je dat het overgeven anders gebeurt dan bij andere mensen? Ja/neen

8. Had je als kind als last om op te boeren? Ja/nee

9. Had je als kind veel last van winderigheid? Ja/nee

10. Ervaar je zuur die oprispt? Ja/nee

11. Heb je de indruk dat het voedsel moeilijk afglijdt in de slokdarm? Ja/neen/soms

12. Heeft u problemen om te drinken? Ja/neen/soms

13. Heeft u problemen om vast voedsel in te slikken? Ja/neen/soms

14. Duid op de schaal aan in welke mate dit probleem je dagdagelijks leven beïnvloedt.

(1 = geen invloed, 7 = zeer grote invloed)

1 2 3 4 5 6 7

15. Werden reeds andere diagnoses voor dit probleem in het verleden vastgesteld? ja/nee

 Zo ja, welke diagnose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Heb je reeds behandeling gekregen voor dit probleem? Ja/nee

17. Duid op de schaal aan hoe ernstig het probleem is voor jezelf:

 (1= helemaal niet ernstig, 7 = zeer ernstig)

1 2 3 4 5 6 7

18. Duid op de schaal aan hoe gemotiveerd je bent om dit probleem op te lossen?

 (1 = niet gemotiveerd, 7 = heel erg gemotiveerd)

1 2 3 4 5 6 7

***Bijkomende informatie***

19. Duid het cijfer aan 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

20. 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

21. Voer je bepaalde maatregelen uit voor dit probleem? Ja/nee

***Medische informatie***

22. Duid aan wat voor u van toepassing is:

Hartinfarct/hartfalen/hoge bloeddruk/ osteoartritis/reumatoïde artritis/nierfalen/jicht/GERD of refluxziekte/diabetes/CVA (trombose/embolie)/epilepsie/mentale ziekte/nierstenen /bloedklonter in been/osteoporose/allergie/longziekte/HIV/aids/tuberculose/astma

/bloedklonter in de longen/alcoholisme/leverfalen/hepatitis/schildklieraandoening/bloeden

/anemie/kanker/maag zweren/ernstige kwetsuur/Geen

Andere medische informatie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Heb je een allergie of doe je bizarre/allergische reacties op medicatie? Ja/nee

***Familiale geschiedenis***

24. Duid aan wat binnen uw familie voor u van toepassing is:

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

Psychiatrische ziekte: ja/nee

Kanker: ja/nee

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

***Sociale informatie***

25. Nicotineverbruik (omcirkel het juiste antwoord):

**□** Nooit

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

□ sigaretten □ kauwen □ pijp

□ Vroeger maar nu niet meer: \_\_\_\_\_\_pakjes/dag voor \_\_\_\_\_jaren

□ sigaretten □ kauwen □ pijp

26. Alcoholverbruik:

□ Niets

**□** 1-3 glazen per week

□ 4-8 glazen per week

□ > 8 glazen per week

27. Andere:

**□** Koffie, aantal koppen koffie per dag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Overzicht:***

28. Duid alles aan dat voor u van toepassing is:

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

neusbloedingen/frequente hoofdpijn/duizeligheid/black-outs/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 maandstonden/frequente spotting/ nervositeit/maagzweren/maagzuur/

zuur oprispen/keelontsteking of angina/heesheid/ademhalingsproblemen/snurken/ademstop ’s nachts/geen/ andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Hartelijk dank voor uw medewerking!***