|  |
| --- |
| **Voice clinic AZ DELTA**  **Vragenlijst voor het niet kunnen boeren of puffen: eerste follow-up (na 1 maand)** |

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beste patiënt,**

**In de stemkliniek bekommeren wij ons in belangrijke mate over onze patiënten alsook over de**

**langetermijneffecten van onze behandelingen . Om die reden zouden wij het appreciëren dat u**

**deze vragenlijst invult. De duur van de vragenlijst is ongeveer 3 minuten. Alvast hartelijk dank!**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum ingreep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wat waren de belangrijkste problemen voor de ingreep?**

*(1 = hindert heel veel, 2 = hindert veel, 3 = hindert matig, 4 = hindert weinig, 5 = niet aanwezig)*

Onmogelijkheid om te boeren: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Gorgelende/storende geluiden: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Pijn t.h.v. de borst: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Opgeblazen buik: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Overmatige winderigheid: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Nausea na de maaltijd/braken: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Branderig gevoel t.h.v. hart of opboeren van zuur: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Indruk dat voedsel moeilijk afglijdt in de slokdarm: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Problemen om te drinken:  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Problemen om vast voedsel in te slikken: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

**In welke mate zijn de symptomen verminderd?**

☐80-100% ☐50-80% ☐minder dan 50% ☐geen verbetering ☐niet van toepassing

**Wat zijn uw voornaamste problemen op dit moment?**

*(1 = hindert heel veel, 2 = hindert veel, 3 = hindert matig, 4 = hindert weinig, 5 = niet aanwezig)*

Onmogelijkheid om te boeren: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Gorgelende/storende geluiden: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Pijn t.h.v. de borst: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Opgeblazen buik: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Overmatige winderigheid: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Nausea na de maaltijd/braken: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Branderig gevoel t.h.v. hart of opboeren van zuur: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Indruk dat voedsel moeilijk afglijdt in de slokdarm: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Problemen om te drinken:  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Problemen om vast voedsel in te slikken: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

**Wanneer voelde je verbetering?**

☐ binnen 24 uur ☐ binnen 3 dagen ☐ binnen 7 dagen ☐ binnen 2 weken

☐ binnen 1 maand ☐geen verbetering

**Ervaarde je bijwerkingen?**

☐ neen

☐ ja, verklaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ben je akkoord dat deze gegevens op een anonieme manier zullen verwerkt worden om in de**

**toekomst te kunnen rapporteren over de resultaten van deze ingreep?**

☐ ja

☐ neen (verklaar (u hoeft zich niet verplicht te voelen om dit in te vullen)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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