

# Presentatie van vragenlijst

## **GEZONDHEIDSVRAGENLIJST NA EEN MAAGVERKLEINING**

Als diëtist wil ik mijn voedingszorg zo goed mogelijk afstemmen op uw wensen en situatie. Een vragenlijst helpt daarbij. Door het invullen van deze vragenlijst geeft u mij zinvolle informatie over uw gezondheid, leefstijl en eetgewoonten na uw maagverkleining.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 tot 30 minuten. Ik adviseer u daarom om rustig de tijd te nemen. U kunt de lijst printen en invullen. Natuurlijk kan ik de lijst ook op papier aan u meegeven of opsturen.

# Aanleiding

- Wie heeft al cliënt(en) begeleid met bariatric?

# Aanleiding

- Aantal geopereerde cliënten per jaar ca. 12.000
- Aantal jaren dat operaties wordt gedaan neemt toe
- Aantal mensen met een BC in de GLI neemt toe

Maar: Zijn wij als diëtisten voldoende voorbereid op de toekomst met een toename van BC patiënten

# Verwijzing voor consult

- Gerelateerd aan de bariatrische ingreep
  - bv. Darmklachten, vroege-late dumping
- Niet gerelateerd aan de BC/ met vage klachten
- Andere aandoening:
  - bv. overgang, diverse vormen van kanker, ouder worden, overgewicht

# Pleidooi

Bevoegd versus bekwaam

Dus: 'bezint eer ge begint'

Ben je voldoende voorbereid:

- Vele soorten bariatric: Mason, MB, GS, GB, Sadi, OAGB, dilatatie, minimizer
- Bariatric is definitieve verandering
  - Maag darm stelsel
  - Eetgedrag
- Gevolgen: opname en vertering van voeding
- Gevolgen: mentaal

# Doel van de Vragenlijst

- Levert eerste indruk vóór intake
- Tijdbesparend op de 3 uren
- Verzamelen van gegevens

Besef ook: schroom van cliënt en weerstand van cliënt

# GEZONDHEIDSVRAGENLIJST NA EEN MAAGVERKLEINING:

- **UW PERSOONLIJKE GEGEVENS**

- Deze gegevens heb ik nodig om een inschatting te maken van uw gezinssituatie en de eetmomenten thuis en op werk.

- Wat is uw naam:

---

- Geboortedatum:

---

- Heeft u een gezin?

- Nee

- Ja, aantal gezinsleden: \_\_\_\_\_

- Werkt u en als u werkt, wat is uw beroep?

---

- Welke werktijden zijn voor u van toepassing? *Het is mogelijk om meerdere antwoorden aan te kruisen.*

- Regelmatige werktijden? (overdag)

- Ploegendiensten

- Nachtdiensten

# Vragenlijst

- **INFORMATIE OVER DE MAAGVERKLEINING**

- Welke maagverkleining heeft u ondergaan?

- \_\_\_\_\_

- In welk jaar bent u geopereerd en in welke kliniek of welk behandelcentrum?

- \_\_\_\_\_

- Heeft u na de operatie begeleiding gehad van een diëtist?

- Ja
  - Nee

- Heeft u een behandelprogramma gevolgd na de operatie?

- Ja
  - Nee

- Vindt u het moeilijk om een voedingsadvies toe te passen in het dagelijks leven?

- Nee
  - Ja, omdat: \_\_\_\_\_



# Vragenlijst

- **UW GEZONDHEID**

Heeft u nadat u de maagverkleining kreeg last van (een van de) onderstaande gezondheidsklachten? *Kruis aan waar u last van heeft. U kunt meerdere klachten aankruisen.*

- 
- Brandend maagzuur na een eetmoment
- Diabetes Mellitus (suikerziekte), ik gebruik tabletten
- Diabetes Mellitus (suikerziekte), insuline-afhankelijk
- Dumping klachten na een eetmoment
- Hypoglycaemie klachten (lage bloedsuikers)
- Haaruitval
- Hartfalen
- Mondgezondheidsproblemen, bijvoorbeeld gaatjes of bloedend tandvlees
- Verhoogd cholesterol
- Schildklierklachten
- Hoge of lage bloeddruk
- Hormonale veranderingen of klachten
- Voedselintolerantie of voedselovergevoeligheid
- Darmproblemen, bijvoorbeeld Prikkelbare darm syndroom, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn

- 
- 2. Welke klachten had u al voorafgaand aan de operatie?

---

---

- Zijn uw oude gezondheidsklachten door de maagverkleinende operatie (sterk) verbeterd of verdwenen?
- Ja
- Nee
- Wilt u uw antwoord toelichten?

---

# Vragenlijst

**Uw spijsvertering na de maagverkleining** *Kruis aan welk vakje van toepassing is.*

Heeft u dagelijks ontlasting?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u last van obstipatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u last van diarree?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft last van plakkerige ontlasting?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u last van winderigheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Zo ja, heeft u last van stinkwinden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u last van een opgeblazen gevoel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u regelmatig buikpijn (bijvoorbeeld steken, zeurend)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms
Heeft u last van darmkrampen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms

# Vragenlijst

- Medicatie
- Gewichtsverloop
- Kwaliteit van leven
- LEEFSTIJL
  - Eten en drinken
  - Beweging
  - Slaap

# Tijd voor de cliënt

- Tijdsduur om in te vullen: 20 – 30 minuten

# Meer info

- Vragenlijst is nog niet getest
- Opmerkingen, verbeteringen zijn welkom
- Evaluatie volgt
  
- Te vinden achter besloten deel KDOO

