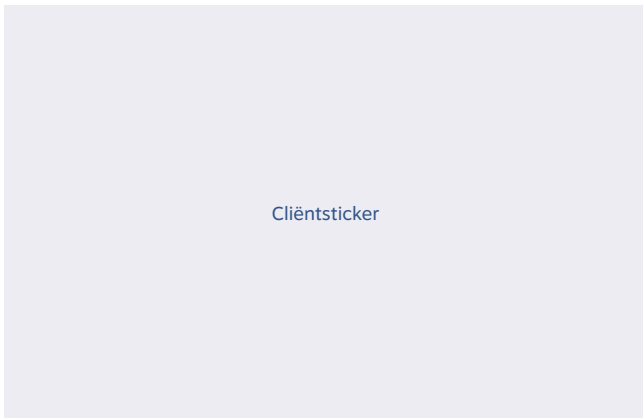


## Intakeformulier coloscopie / sigmoidoscopie



Datum intake: \_\_\_\_\_

Datum onderzoek: \_\_\_\_\_

Indicatie coloscopie: \_\_\_\_\_

BVO (Bevolkingsonderzoek darmkanker) \_\_\_\_\_  Ja  Nee

### Medische informatie vragen 'cursief' zijn alleen bij BVO intake van toepassing

Is de medische informatie van de huisarts aanwezig?  Ja  Nee

Heeft het coloscopiecentrum aanvullende medische informatie opgevraagd bij huisarts?  Ja  Nee

### Anamnese:

Hoelang bestaan de klachten? \_\_\_\_\_

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
Pijn in de buik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Buikkrampen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veranderd ontlastingspatroon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veranderd van frequentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veranderd van consistentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consistentie van de ontlasting?			<input type="checkbox"/> waterdun <input type="checkbox"/> dun <input type="checkbox"/> brijachtig <input type="checkbox"/> vast <input type="checkbox"/> keihard <input type="checkbox"/> met zichtbaar bloed <input type="checkbox"/> met slijm <input type="checkbox"/> potloodvorm
Bloed en/of slijm bij de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aambeien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anale fissuren (=kloven)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pijnlijke aandrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Loze aandrang (u heeft aandrang om ontlasting te krijgen, maar er komt niets)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toegenomen winden moeten laten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u minder dan 2 keer per week ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Heeft u:	Ja	Nee	Toelichting
Ongewenst gewichtstoename? Zo ja hoeveel, in welk tijdsbestek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg in _____ maanden
Ongewenst gewichtsverlies? Zo ja hoeveel, in welk tijdsbestek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg in _____ maanden
Verminderde eetlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
In het verleden een scopie, darmpoliepen of darmtumor gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Last van vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische darmontsteking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Heeft u op dit moment (andere) klachten en hoe lang bestaan die al?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hartklachten	Ja	Nee	Toelichting
Bent u bekend bij een cardioloog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een Pacemaker/ICD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u hartkloppingen/hart slaat over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u pijn op de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u gezwollen voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Longklachten	Ja	Nee	Toelichting
Bent u bekend bij een longarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u COPD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u snel kortademig bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u regelmatig klachten van de luchtwegen? (Hoesten, piepen, kortademig?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u slaapapneu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BRMO / MRSA (ziekenhuisbacterie) :		
Bent u bewezen besmet met MRSA of een andere resistente bacterie (BRMO)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u de afgelopen twee maanden in contact geweest met iemand die MRSA positief is of een andere resistente bacterie (BRMO) heeft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Verbleef u de afgelopen twee maanden in een Nederlandse zorginstelling op een afdeling of unit waar een MRSA- of een andere resistente uitbraak heerste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u de afgelopen twee maanden in een buitenlandse zorginstelling gelegen en/of bent u daar behandeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u contact met bedrijfsmatig gehouden levende varkens/vleeskalveren/vleeskuikens of woont u op een bedrijf waar deze dieren gehouden worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een geadopteerd kind (t/m 10 jaar) en is hij/zij korter dan een jaar in Nederland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Overige klachten	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u Diabetes mellitus (=suikerziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u insuline afhankelijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een spierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u glaucoom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u een nierziekte of verminderde nierfunctie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u kunstheup(en)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Familieanamnese	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u twee of meer eerstegraads familieleden met darmpoliepen? (momenteel of verleden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u één of meer eerstegraads familieleden met darmkanker, welke familieleden en welke leeftijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Is er binnen uw familie iemand bekend met het Lynch syndroom of Peutz-Jegherssyndroom?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Welke familieleden en waarmee?</i>			_____
			_____

Leefgewoonten	Ja	Nee	Toelichting
Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Allergie	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u een overgevoeligheid voor bepaalde stoffen/materialen of andere allergieën?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Deliriumrisico > 70 jaar	Ja	Nee	2/3x het antwoord Ja? Neem contact op met de huisarts voor achtergrond informatie.
Heeft u geheugenproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heeft u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zijn er bij eerdere opnames of ziekte perioden geweest dat u in de war was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sedatie <i>(roesje)</i>	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u ooit sedatie gehad? Hoe is daar op gereageerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wilt u sedatie? <i>(Dormicum en (al) Fentanyl)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gewicht: _____ kg			
Lengte: _____ cm			
BMI (<35) (Gewicht : lengte <sup>2</sup> )			_____
Heeft u vervoer geregeld na de scopie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mag u zowel links als rechts geprikt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Medicatiegebruik	Ja	Nee	Toelichting
Gebruikt u bloedverdunners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Is trombosedienst op de hoogte gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gebruikt u ijzertabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gebruikt u rustgevend medicatie/slaapmedicatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Medicatie	Dosering
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Relevante voorgeschiedenis/operaties/ziekten (welke en wanneer):**

Jaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Behandelbesluit**

Is de coloscopie noodzakelijk?  Ja  Nee

Zijn er belemmeringen om deze uit te voeren?  Ja  Nee

Is er een afspraak voor de coloscopie met de patiënt gemaakt?  Ja  Nee

Sedatie?  Ja  Nee

ASA score? 1 - 2 - 3 - 4

RR \_\_\_\_\_ mm/Hg Polsfreq.: \_\_\_\_\_

Actueel Medicatie Overzicht afgegeven? (AMO)  Ja  Nee

Is er iemand die u naar huis kan begeleiden en opvangen?  Ja  Nee

## Informed consent – Deel I

### Is de cliënt tijdens het intakegesprek geïnformeerd over:

Het doel van de coloscopie?  Ja  Nee

De procedure?  Ja  Nee

De risico's en mogelijke complicaties? (*Perforatie, bloeding, ademdepressie?*)  Ja  Nee

*De risico's op intervalcarcinoom na coloscopie?*  Ja  Nee

*De kans op het vinden van poliepen of darmkanker?*  Ja  Nee

De mogelijkheden van sedatie en procedure?  Ja  Nee

De aanpak bij bijzonderheden? (*Stoma, D.M., medicatiegebruik?*)  Ja  Nee

De voorbereiding?  Ja  Nee

Laxeermedicatie? (*meegegeven/opgestuurd?*)  Ja  Nee

De instructies voor de dag van het onderzoek? (*Is vervoer geregeld?*)  Ja  Nee

De nazorg?  Ja  Nee

## Informed consent – Deel II

*Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor het opvragen van aanvullende gegevens bij huisarts?*  Ja  Nee

Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de afgesproken medische verrichting?  Ja  Nee

Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de uitwisseling van gegevens met zorgprofessionals buiten de organisatie?  Ja  Nee

Heeft de cliënt tijdens het intakegesprek toestemming gegeven voor de uitslagverstrekking van de coloscopie aan de huisarts?  Ja  Nee

Datum intake gesprek: \_\_\_\_\_

Naam + handtekening  
verpleegkundige of intake-arts

Naam + handtekening  
cliënt

Naam + handtekening  
MDL-arts