KAVA | KONINKLIJKE APOTHEKERSVERENIGING VAN ANTWERPEN

Casus 1: patiënt 62 jaar

Medicatieoverzicht:

- Acetylsalicylzuur 80 mg 1x per dag in de ochtend
- Atorvastatine 20 mg 1x per dag in de avond
- Bisoprolol 5 mg 1x per dag in de ochtend
- Clopidogrel 75 mg 1x per dag in de ochtend
- Lisinopril 10 mg 1x per dag in de ochtend
- Omeprazol 40 mg 1x per dag in de ochtend

KAVA | KONINKLIJKE APOTHEKERSVERENIGING VAN ANTWERPEN

Vragen ter voorbereiding voor een medicijnbeoordeling

Algemene vragen over geneesmiddelen en behandelingen

1. Gebruikt u (structureel) zelfzorgmiddelen of andere middelen? Zo ja, welke?

   Bij klachten van artrose ibuprofen

2. Zijn er medicijnen waar u overgevoelig voor bent? Zo ja, welke?

   Nee

3. Bent u onder behandeling in het ziekenhuis? Zo ja, bij welke arts?

Naam arts:	Naam ziekenhuis:	Soort specialisme:	Frequentie van afspraken/ controles:	Datum volgende afspraak:
Dr. Hardt	UZ	Cardioloog	3 maanden, hopelijk volgende keer laatste keer	

Lifestyle

1. Rookt u? Zo ja, hoeveel sigaretten per dag en hoelang al.

   Nee

2. Drinkt u alcohol? Zo ja, noteer het aantal glazen per dag/ week.

   2 glazen wijn per week

3. Bent u nog mobiel?

   - ✓ Zelfstandig
   - ☐ ~~Met wandelstok~~
   - ☐ ~~Rollator~~
   - ☐ ~~Niet meer mobiel~~

4. Hoeveel porties melk of melkproducten (zoals kaas en yoghurt) neemt u elke dag?

   2

5. Komt u elke dag buiten? Zo ja, hoelang gemiddeld per dag?

   Ja, een half uurtje

6. Rijdt u zelf met de auto?
   - ✓ Ja
   - ☐ ~~Nee~~

7. Bent u het laatste jaar gevallen?

   ✓ Nee
   ☐ ~~1 keer~~
   ☐ ~~2 keer~~
   ☐ ~~Meerdere malen~~

Klachten – veel voorkomende klachten – zet een vinkje indien de klacht voorkomt. Noteer eventueel additionele informatie bij de behorende klacht.

☐ ~~1. Is weleens duizelig of heeft een licht gevoel in het hoofd.~~

☐ ~~2. Is weleens gevallen (ja > vallen/jaar noteren).~~

✓ 3. Heeft last van vermoeidheid.

☐ ~~4. Heeft moeite met in slaap vallen of doorslapen.~~

☐ ~~5. Is weleens somber of angstig.~~

✓ 6. Heeft pijnklachten.

☐ ~~7. Heeft last van kortademigheid of benauwdheid.~~

☐ ~~8. Heeft last van vocht vasthouden (bv. Dikke enkels).~~

☐ ~~9. Heeft last van jeuk.~~

☐ ~~10. Heeft moeite met plassen en/of ontlasting.~~

☐ ~~11. Heeft last van spierpijn~~

☐ ~~12. Heeft snel blauwe plekken~~

☐ ~~13. Heeft last van droge mond~~

☐ ~~14. Heeft last van slecht genezende wonde~~

✓ 15. Heeft een ziekenhuisopname gehad in de afgelopen 6 maanden. Indien ja, hoeveel? 1x

☐ ~~16. Geen van bovenstaande is van toepassing.~~

KAVA KONINKLIJKE APOTHEKERSVERENIGING VAN ANTWERPEN

Gebruik en effect van uw geneesmiddelen

1. Heeft u het idee dat uw geneesmiddelen werken?

   Ja

2. Heeft u klachten over uw geneesmiddelen? Zo ja, welke?

   Nee

3. Heeft u ondanks uw geneesmiddelen nog klachten? Zo ja, welke?

   Nee, ik voelde me voorheen ook niet slecht/ziek

4. Hoe voelt u zich bij u medicatie?



Heel slecht **Heel goed**

5. Zijn er praktische problemen?

   - ✓ Vergeten innames
   - ☐ ~~Problemen met ontblisteren~~
   - ☐ ~~Slikproblemen~~
   - ☐ ~~Slechte smaak~~
   - ☐ ~~Andere: .....~~

Lab- en bloeddrukwaarden

Zijn er recente lab- en bloeddrukwaarden bekend? Zo ja, welke?

	Waarde	Datum
Nierfunctie		
Kalium		
LDL		
Bloeddruk	/	