

Utrecht Symptoom Dagboek 4D

Door het regelmatig invullen van klachten en/of problemen die u ervaart kunnen we samen de passende zorg vaststellen, evalueren en waar nodig bijstellen.

Wilt u aanklikken welk cijfer past bij hoe u de klachten en/of problemen ervaart op het moment van invullen.

1. Naam

2. Datum

De vragen kunnen ook beantwoord worden door een naaste of door een zorgverlener wanneer u als zieke het niet zelf kan of wil. Het woord 'ik' in de vragen dan vervangen door 'naaste' of door 'de patiënt/gast/cliënt'.

3. Geef aan wie het cijfer bepaalt:

Patiënt / gast / cliënt

Naaste

Zorgverlener

Wilt u aanklikken welk cijfer past bij hoe u de klachten en/of problemen ervaart op het moment van invullen.

4. **Ik heb op dit moment:**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
geen pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg veel pijn
geen slaapprobleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg groot slaapprobleem
geen droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg droge mond
geen slikklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg veel slikklachten
goede eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geen eetlust
normaal ontlastingspatroon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg verstoord ontlastingspatroon

5. Ander probleem, namelijk

(met 0 = geen klachten, 10 = veel klachten)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. **Ik voel me op dit moment:**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
niet misselijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg misselijk
niet benauwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg benauwd
niet moe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg moe
niet 'anders dan anders'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg 'anders dan anders'
niet angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg angstig
niet somber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg somber

7. Ander probleem, namelijk

(met 0 = geen klachten, 10 = veel klachten)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. **Ik voel me op dit moment:**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erg slecht

9.

Het leven heeft voor mij op dit moment:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
veel waarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geen waarde

Welke klachten en/of problemen moeten wat u betreft als eerste aandacht krijgen?

10. 1.

11. 2.

© USD-4D EPZ Utrecht versie 05062018 DB ST