nutritionDay WORLDWIDE

Formulier1_oncologie

Instellingscode [2] ☐☐☐☐☐☐

Afdelingscode [3] ☐☐☐☐☐

Heeft u een electronisch patiëntendossier in uw ziekenhuis? [9]	◯ JA ◯ NEE
Is voedingstherapie een onderdeel van het totale behandelplan voor oncologiepatiënten? [9]	◯ JA ◯ NEE

Zo ja, in hoeverre is dit onderdeel van de totale behandeling? [38]

- wordt standaard meegenomen ☐
- alleen als een patiënt erom vraagt ☐
- bij gewichtsverlies > 10% ☐
- gedurende de palliatieve fase ☐
- overig: graag omschrijven

Indien niet; graag toelichten [10]

- tekort aan onderbouwing ☐
- geen kennis op dit gebied ☐
- geen vergoeding door de zorgverzekeraar ☐
- het voedt de tumor ☐
- overig ☐

Welke voedingstherapie wordt gebruikt voor oncologiepatiënten? [10]

- voeding conform het voedingsbehandelprotocol ☐
- berekening van energiebehoefte ☐
- de inname aan orale voeding en drinkvoeding evalueren indien nodig ☐
- geen ☐
- overig ☐

Zo nee, geef de belangrijkste redenen aan [10]

- gebrek aan bewijsvoering ☐
- gebrek aan ervaring ☐
- geen vergoeding door de zorgverzekeraar ☐
- tekort aan diëtisten ☐
- tekort aan overige experts ☐
- overig ☐

Hoe vaak evalueert u de volgende parameters bij oncologiepatiënten en welke methoden gebruikt u? [39]

	regelmatig	tijdens elke chemotherapie	indien nodig	nooit	?
Antropometrie / lichaamssamenstelling					
lichaamsgewicht	◯	◯	◯	◯	◯
antropometrie (omtrek)	◯	◯	◯	◯	◯
BIA	◯	◯	◯	◯	◯
CT scan	◯	◯	◯	◯	◯
DEXA	◯	◯	◯	◯	◯
overig	◯	◯	◯	◯	◯
lichaamsfunktie					
handgrip	◯	◯	◯	◯	◯
6 minuten looptest	◯	◯	◯	◯	◯
overig	◯	◯	◯	◯	◯
berekening voedingsbehoefte	◯	◯	◯	◯	◯
voedingsinname					
elke maaltijd	◯	◯	◯	◯	◯
1 maaltijd per dag	◯	◯	◯	◯	◯
2 maaltijden per dag	◯	◯	◯	◯	◯
24-uurs recall	◯	◯	◯	◯	◯
overig	◯	◯	◯	◯	◯

Wie heeft deze vragenlijst ingevuld (formulier 1 oncologie)? [11]

◯ diëtist ◯ verpleegkundige ◯ arts ◯ voedingskundige ◯ overig

Elke exponent correspondeert met een van de getallen in de toelichting

©**nutritionDay oncologiegroep** voor nutritionDay wereldwijd
nutrition**D**ay **worldwide** -een cross sectional multinational audit

Formulier 2_Oncologie

formulier #[18] ☐☐ Instellingscode [2] ☐☐☐☐☐ Afdelingscode [3] ☐☐☐☐☐

"Afdeling alle oncologiepatiënten"

nutritionDay WORLDWIDE

Patiënt (4 initialen) [4]	Patiënt nummer [5]	Poliklinisch (o)/ Afdeling (w) [40]	Doel van therapie [41]	Reden van opname [42]	Diagnose kanker (huidig) [43]	Duur sinds diagnose kanker gesteld is [44]	Stagiëring kanker [45]	Duur sinds eerste therapie start vanaf actuele kanker diagnose [46]	Therapie situatie [47]	Infecties [48]	Bloedwaarde (CRP) alleen bestaande gegevens [49]	Bloedwaarde (Albumine) alleen bestaande gegevens [50]	Voedings-therapie [51]
Initialen	N°	o/w	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	mg/dL mg/L	g/L g/dL	1-10

DOEL VAN THERAPIE
- **c=** curatief
- **p=** palliatief
- **t=** terminale

REDEN VAN OPNAME
- **1=** diagnostiek
- **2=** therapie
- **3=** operatie gerelateerd
- **4=** behandling van complicaties
- **5=** slechte conditie
- **6=** thuiszorg niet mogelijk

DIAGNOSE KANKER (huidig)
- **1=** borst
- **2=** colon, rectum
- **3=** prostaat
- **4=** long
- **5=** huid
- **6=** nier/blaas
- **7=** maag/oesofagus
- **8=** pancreas
- **9=** lymfoom
- **10=** KNO
- **11=** leukemie
- **12=** vuva
- **13=** lever
- **14=** sarcoom
- **15=** hersenen
- **16=** testis
- **17=** overig

DUUR SINDS DIAGNOSE
- **1=** 0-2 maanden
- **2=** 3-5 maanden
- **3=** 6-12 maanden
- **4=** 1-2 jaar
- **5=** 2-4 jaar
- **6=** > 4 jaar

STAGIËRING KANKER
- **0=** kanker in situ
- **I=** lokaal
- **II=** vroeg lokaal gevorderd
- **III=** laat lokaal gevorderd
- **IV=** gemetstaseerd

DUUR SINDS EERSTE THERAPIE GESTART IS
- **1=** geen therapie
- **2=** tumor stagiering/diagnose
- **3=** 0-2 maanden
- **4=** 3-5 maanden
- **5=** 6-12 maanden
- **6=** 1-2 jaar
- **7=** 2-4 jaar
- **8=** > 4 jaar

THERAPIE SITUATIE
- **1=** diagnose
- **2=** chemotherapie 1e lijn
- **3=** chemotherapie >1ste lijn
- **4=** radiotherapie
- **5=** doelgerichte therapie (targered)
- **6=** hormoon therapie
- **7=** palliatief
- **8=** operatie

INFECTIES
- **1=** geen
- **2=** locaal
- **3=** totale lichaam
- **9=** kanker gerelateerde complicatie
- **10=** therapie gerelateerde complicatie

VOEDINGSTHERAPIE
- **1=** geen speciaal dieet
- **2=** individueel dieet
- **3=** energie- en eiwitrijk drinkvoeding
- **4=** sondevoeding (via neussonde of PEG)
- **5=** parenterale voeding
- **6=** drinkvoeding verrijkt met specifieke voedingsstoffen
- **7=** specifieke voedingsstoffen (EPA, BCAA, glutamine, arginine, carnitine)
- **8 =** persoonlijke voorkeur
- **9 =** advisering
- **10=** overig

Elk teken correspondeert met de getallen bij de toelichting

©nutritionDay oncologiegroep voor nutritionDay wereldwijd

nutritionDay WORLDWIDE

Oncologie patiëntenformulier 3

Datum [1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Patiënt ID [5] ☐☐

Geachte patiënt,
We zouden u willen vragen om vandaag deze vragenlijst in te vullen om zo het voedingsbeleid op deze afdeling te verbeteren. We zouden willen weten hoe u zich vandaag voelt en hoe actief u bent.

Kruis het vakje aan ⊗ **of vul in** m **HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!**

Patiënt's-initialen: [4] de twee eerste letters van uw voornaam ☐☐ de twee eerste letters van uw achternaam ☐☐

Uw normale gewicht voordat u ziek werd [52] ☐☐☐ **kg** ◯ I weet het niet

Uw actuele gewicht [52] ☐☐☐ **kg** ◯ I weet het niet

Was uw gewichtsverlies bedoeld of onbedoeld? [54]

◯ bedoeld ◯ onbedoeld ◯ gewicht is stabiel

Geef a.u.b. aan wat het meest van toepassing was gedurende de afgelopen week : [55]

	Helemaal niet	Een beetje	Vrij veel	Heel veel
Heeft u pijn gehad?	◯	◯	◯	◯
Had u behoefte om te rusten?	◯	◯	◯	◯
Heeft u zich slap gevoeld?	◯	◯	◯	◯
Voelde u zich neerslachtig?	◯	◯	◯	◯
Was u moe?	◯	◯	◯	◯
Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	◯	◯	◯	◯
Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	◯	◯	◯	◯

Duid a.u.b. aan wat het meest op u van toepassing is op dit moment : [55]

	Helemaal niet	Een beetje	Vrij veel	Heel veel
Heeft u pijn?	◯	◯	◯	◯
Moet u rusten?	◯	◯	◯	◯
Voelt u zich zwak?	◯	◯	◯	◯
Voelt u zich depressief?	◯	◯	◯	◯
Voelt u zich moe?	◯	◯	◯	◯
Heeft de pijn een negatieve invloed op uw dagelijkse activiteiten?	◯	◯	◯	◯
Heeft u een gebrek aan eetlust?	◯	◯	◯	◯

Als uw voedselinname is verminderd, kunt u aangeven wat de reden is? [10]

☐ misselijkheid of braken ☐ obstipatie ☐ vroege verzadiging/ verlies aan eetlust
☐ infectie in de mond ☐ diarree
☐ pijn ☐ smaak of geurverandering ☐ overige

Welke activiteiten kunt u nog maximaal volbrengen of uitvoeren? [56]

◯ sporten ◯ Mijzelf verzorgen/wassen
◯ Alle normale activiteiten van het dagelijks leven ◯ Mijzelf verzorgen/wassen maar met hulp
◯ Enkel lichte activiteiten ◯ Ik ben bedlegerig of (rol)stoelgebonden

Wat neemt u zonder voorschrift van de arts? [10]

☐ niets ☐ multivitamines
☐ kruidenthee ☐ andere medicatie
☐ voedingssupplementen ☐ overige

Welke specifieke activiteiten oefent u (nog) uit? [10]

☐ niets ☐ Meditatie ☐ overige
☐ Psychotherapie ☐ Spierrelaxatie
☐ Yoga ☐ Qigong

Heeft u het moeilijk om de huidige behandeling te ondergaan of te verdragen? [9] ◯ Ja ◯ Nee ◯ Ik weet het niet

Heeft iemand u geholpen met deze vragenlijst? [9] ◯ Ja ◯ Nee ◯ Ik weet het niet

Gelooft u dat voeding(sadvies) of een voedingstherapie een belangrijke meerwaarde kan bieden in uw algemene behandeling? [9] ◯ Ja ◯ Nee ◯ Ik weet het niet

Elk teken correspondeert met de getallen bij de toelichting

©**nutritionDay oncologiegroep** voor nutritionDay wereldwijd
nutritionDay worldwide - een cross sectional multinational audit