

# Longpas



**PeriScaldes**

**In het geval ik onwel word:**

- Bel **112** voor een ambulance

**Bel mijn huisarts: (0031)**

**In het geval ik nog bij bewustzijn ben maar erg kortademig:**

- Laat u mij mijn puff inhaleren  
(mijn luchtwegverwijder draag ik altijd bij mij)

**In case I get unwell:**

- Call **112** in the Netherlands for an ambulance

**Call my General Practitioner: (0031)**

**In case I'm still conscious and very short of breath:**

- Please let me use my inhaler  
(I always carry this device with me)



**PeriScaldes**

**LONGPAS**

PeriScaldes,  
een regionaal eerstelijns samenwerkingsverband  
van huisartsen uit de regio Walcheren, Schouwen-Duiveland  
en Noord- en Zuid-Beveland.

# DE LONG PAS

De LONG Pas is een handig boekje voor mensen met COPD / Astma en voor zorgprofessionals. Iemand met COPD / Astma kan de pas gebruiken als zijn persoonlijke LONG-logboek. Voor professionals is de pas een bron van informatie die belangrijk is voor goede zorg.

Op die manier is de LONG Pas een praktische aanvulling op de Zorgstandaard COPD / Astma.

In de Zorgstandaard COPD / Astma van de Long Alliantie Nederland (LAN) staat uitvoerig beschreven waar goede zorg aan moet voldoen. Deze standaard is gebaseerd op de meest recente richtlijnen op het terrein van COPD zorg.

De COPD / Astma zorg wordt geboden vanuit PeriScaldes, een netwerk van zorgprofessionals uit de regio Walcheren, Schouwen-Duiveland en Noord- en Zuid Beveland. Natuurlijk is het belangrijk dat alle betrokkenen werken met dezelfde actuele basisinformatie. De LONG Pas zorgt daarvoor.

# MIJN LONG PAS

De LONG Pas is mijn persoonlijk document waarin ik gegevens over mijn COPD / Astma bijhoud. De informatie is belangrijk voor mijn behandelaars: huisarts, praktijkondersteuner, longverpleegkundige, diëtist, fysiotherapeut, longarts en apotheker. De streefwaarden in mijn pas zijn afgesproken met mijn team van zorgaanbieders. Ik ben zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de gegevens en ik bepaal zelf wie mijn gegevens mogen inzien.

Mijn persoonlijke gegevens . . . . .	6
Mijn controles . . . . .	8
COPD als het slechter gaat . . . . .	20
MRC vragenlijst voor COPD . . . . .	21
CCQ vragenlijst voor COPD . . . . .	22
ACQ scorelijst voor ASTMA . . . . .	24
ASTMA: als het slechter gaat . . . . .	26
Gezondheidsdoelen . . . . .	28
Checklist inhalatiemedicatie . . . . .	36
Mijn aantekeningen . . . . .	44
Verklaring termen . . . . .	46
Colofon . . . . .	48
Belangrijke organisaties / websites . . . . .	49
Medicijnpaspoort . . . . .	50
Mijn afspraken . . . . .	51

# MIJN PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam

Adres

Postcode Plaats

Tel. Mobiel

E-mail

Geboortedatum

Diagnose: COPD/ Astma (doorhalen wat niet van toepassing is)

## Mijn huisarts

Naam

Adres

Postcode Plaats

Tel. Fax

E-mail

## Mijn praktijkondersteuner

Naam

Adres

Postcode Plaats

Tel.

E-mail

## Bij spoedgevallen contact opnemen met

Naam

Adres

Postcode Plaats

Tel. Mobiel

E-mail

Relatie tot drager van LONG Pas

## Mijn longarts

Naam Tel.

Ziekenhuis

## Mijn fysiotherapeut

Naam Tel.

## Mijn diëtist

Naam Tel.

## Mijn apotheek

Naam Tel.

# MIJN CONTROLES

Jaar:

Datum:

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Asterma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen

# MIJN CONTROLES

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

Datum: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Astma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen

# MIJN CONTROLES

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

Datum: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Astma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen

# MIJN CONTROLES

Jaar:

Datum:

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Asterma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen



# MIJN CONTROLES

Jaar:

Datum:

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Astma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen

# MIJN CONTROLES

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

Datum: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Algemene streefwaarde		Pers. streefwaarde	Waarden	
Lengte (meters)				
Gewicht (kg)				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21-25 kg/m <sup>2</sup>			
Bloeddruk (mmHg, links/ rechts)	≤ 140 mmHg systolisch			
MRC				
CCQ (totale score)	< 1			
ACQ	< 0,75			
COPD Ziekte last (licht, matig, ernstig)				
GOLD (I, II, III, IV)				
Astma controle: goede / gedeeltelijke / slechte controle				
FEV1 % pred., postwaarde				
Bewegen: voldoet aan norm / minder dan norm / inactief				
Roken (aantal)				
<input type="checkbox"/> Nooit				
<input type="checkbox"/> Voorheen, gestopt (jaartal), pakjaren				
<input type="checkbox"/> Ja, pakjaren				
Inhalatietechniek correct: ja/nee (check uw inhalatieinstructiekaart)	ga naar pag. 36/37 of 40/41			
Verwijzing fysiotherapeut / diëtist				

\* Zorg is maatwerk. Individuele omstandigheden kunnen leiden tot het hanteren van een andere streefwaarde. M = mannen, V = vrouwen

# COPD: ALS HET SLECHTER GAAT

Herken en actieplan bij COPD		
	Vraag	Antwoord
1	<b>HOE HERKENT U dat het slechter gaat?</b>	<b>Zo begint het bij mij:</b> - - - - - Mijn CCQ wijkt meer dan 0,4 af van mijn beste score
2	<b>Wat doet u dan?</b>	Ik neem dezelfde dag en de dag erna extra inhalatiemedicijnen, nl:  en/of:
3	<b>Als dit helpt</b>	Blijf ik dit doen totdat ik me weer beter voel, in ieder geval nog gedurende . . . . . dagen
4	<b>Wat als dit niet helpt?</b>	Ik neem binnen . . . . . dagen contact op met een hulpverlener, tel.:  Ik bespreek het met of zoek hulp bij

# MRC VRAGENLIJST VOOR COPD

Kruis in de linkerkolom het juiste antwoord aan. Uw score leest u vervolgens in de rechterkolom. Deze score wordt tijdens uw controle in de huisartsenpraktijk besproken.

## Bent u wel eens kortademig?

En zo ja, welke van de onderstaande uitspraken is voor u het meest van toepassing:

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Ik heb geen last van kortademigheid  | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Ik word alleen kortademig bij zware inspanning   | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of als ik tegen een lichte helling op loop  | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Door mijn kortademigheid loop ik op vlak terrein langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd of moet ik stoppen om op adem te komen als ik mijn eigen tempo loop | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen  | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden  | 5 |

# CCQ VRAGENLIJST VOOR COPD

Hier kruis ik aan wat op mij van toepassing is

Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week . . .	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
1. Kortademig in rust?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2. Kortademig gedurende lichamelijke inspanning?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3. Angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4. Neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
5. Hoe vaak heeft u in de afgelopen week gehoest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
6. Hoe vaak heeft u in de afgelopen week slijm opgehoest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

In welke mate voelde u zich de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van . . .	niet beperkt	heel weinig beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	heel erg beperkt	vol. beperkt niet mogelijk
7. Zware lichamelijke activiteiten (traplopen, haasten, sporten)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. Matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
9. Dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
10. Sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

## Uitleg bij het berekenen van de CCQ score:

Berekening totale score:

Alle vragen optellen en delen door tien (= totaal aantal vragen)

**Uitslag:** Tussen 0 en 1 : geen beperkingen  
 Tussen 1 en 2 : verminderde kwaliteit van leven  
 Meer dan 2 : ernstige beperkingen

### Berekening score per categorie:

De scorelijst is onderverdeeld in drie categorieën:

Symptomen score : vraag 1, 2, 5 en 6

Functionele score : vraag 7, 8, 9 en 10

Mentale score : vraag 3 en 4

Het is mogelijk de categorieën afzonderlijk te berekenen door de scores van categorie op te tellen en te delen door het aantal vragen uit die categorie.

# ACQ SCORELIJST VOOR ASTMA

Hoeveel klachten heeft u de afgelopen week gehad?

1. Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld <b>wakker geworden door uw astma</b> in de afgelopen week?	nooit	bijna nooit	een paar keer	verscheidene keren	vaak	heel vaak	kon niet slapen
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2. Hoe <b>ernstig</b> waren uw astmaklachten bij het 's morgens wakker worden gemiddeld in de afgelopen week?	geen klachten	heel lichte klachten	lichte klachten	matige klachten	vrij ernstige klachten	ernstige klachten	heel ernstige klachten
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3. In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw astma <b>beperkt in uw activiteiten?</b>	helemaal niet beperkt	nauwelijks beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	heel erg beperkt	volledig beperkt
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4. In welke mate heeft u zich over het algemeen <b>kortademig</b> gevoeld in de afgelopen week ten gevolge van uw astma?	helemaal niet	nauwelijks	een beetje	middelmatig	vrij ernstig	ernstig	heel ernstig
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
5. Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een <b>piepende ademhaling?</b>	nooit	zelden	af en toe	geregeld	vaak	meestal	altijd
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
6. Hoeveel <b>puffs/inhalaties van een kortwerkend luchtweg-verwijzend middel</b> (bijv. ventolin, bricanyl, salbutamol of airomir) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week? ( <i>Als u niet zeker weet hoe u deze vraag moet beantwoorden, vraag dan om uitleg</i> )	geen	1-2 puffs/inhalaties	3-4 puffs/inhalaties	5-8 puffs/inhalaties	9-12 puffs/inhalaties	13-16 puffs/inhalaties	meer dan 16 puffs/inhalaties
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

# ASTMA: ALS HET SLECHTER GAAT

Herken en actieplan bij Astma		
	Vraag	Antwoord
1	<b>HOE HERKENT U dat het slechter gaat?</b>	<b>Zo begint het bij mij:</b> - Verkoudheid - Meer hoesten of slijm - Kortademiger - - Mijn CCQ wijkt meer dan 0,4 af van mijn beste score
2	<b>Wat doet u dan?</b>	Ik pas mijn inhalatiemedicijnen aan:     Ik kan bellen naar:
3	<b>Als dit helpt</b>	Blijf ik dit doen totdat ik me weer beter voel, in ieder geval nog gedurende . . . . . dagen
4	<b>Wat als dit niet helpt?</b>	Ik neem binnen . . . . . dagen contact op met mijn huisarts, tel.: Bij acute benauwdheid bel ik met:

# GEZONDHEIDSDOELEN VASTSTELLEN. HOE DOE IK DAT?

1. **Ik stel mijn doelen vast:**
  - Ik stel doelen (of persoonlijke streefwaarden) die niet te moeilijk zijn.
  - Ik stel doelen die niet te ver weg zijn en die bij elkaar passen.
2. **Ik bedenk hoe ik mijn doel ga bereiken:**
  - Waarom wil ik dit doel bereiken (wat is mijn motivatie)?
  - Wat ga ik veranderen?
  - Ik probeer mijn doel in te passen in mijn dagelijks leven.
3. **Ik hou vol:**
  - Ik geef niet zomaar op; een terugval is normaal!
  - Ik gun mezelf de tijd.
4. **Ik vraag steun of advies:**
  - Aan mijn zorgaanbieder.
  - Aan mijn omgeving.
  - Aan organisaties die mij verder kunnen helpen.
5. **Mijn beloning:**
  - Ik stel mezelf een beloning in het vooruitzicht als ik mijn doel heb behaald.

# MIJN GEZONDHEIDSDOELEN

Hier kruis ik aan wat op mij van toepassing is

<input type="checkbox"/> roken	<input type="checkbox"/> ongezond eten	<input type="checkbox"/> teveel alcohol	<input type="checkbox"/> teveel stress
<input type="checkbox"/> te hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/> overgewicht	<input type="checkbox"/> psychosociale problemen
<input type="checkbox"/> te weinig bewegen	<input type="checkbox"/> onzorgvuldig medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	

Doel (of mijn persoonlijke streefwaarde).  
Wat wil ik bereiken?

---

---

---

---

---

---

---

---

Hoe ga ik dat doen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke steun of welk advies heb ik nodig?

---

---

---

---

---

---

---

---

Evaluatiemoment. Hoe gaat het?

---

---

---

---

---

---

---

---

Begindatum

---

---

---

---

---

---

---

---

# MIJN GEZONDHEIDSDOELEN

Hier kruis ik aan wat op mij van toepassing is

<input type="checkbox"/> roken	<input type="checkbox"/> ongezond eten	<input type="checkbox"/> teveel alcohol	<input type="checkbox"/> teveel stress
<input type="checkbox"/> te hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/> overgewicht	<input type="checkbox"/> psychosociale problemen
<input type="checkbox"/> te weinig bewegen	<input type="checkbox"/> onzorgvuldig medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	

Doel (of mijn persoonlijke streefwaarde).

Wat wil ik bereiken?

---

---

---

---

---

---

---

---

Hoe ga ik dat doen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke steun of welk advies heb ik nodig?

Begindatum

---

---

---

---

---

---

---

---

Evaluatiemoment. Hoe gaat het?

---

---

---

---

---

---

---

---



# MIJN GEZONDHEIDSDOELEN

Hier kruis ik aan wat op mij van toepassing is

<input type="checkbox"/> roken	<input type="checkbox"/> ongezond eten	<input type="checkbox"/> teveel alcohol	<input type="checkbox"/> teveel stress
<input type="checkbox"/> te hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/> overgewicht	<input type="checkbox"/> psychosociale problemen
<input type="checkbox"/> te weinig bewegen	<input type="checkbox"/> onzorgvuldig medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	

Doel (of mijn persoonlijke streefwaarde).

Wat wil ik bereiken?

---

---

---

---

---

---

---

---

Hoe ga ik dat doen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke steun of welk advies heb ik nodig?

Begindatum

---

---

---

---

---

---

---

---

Evaluatiemoment. Hoe gaat het?

---

---

---

---

---

---

---

---

# MIJN GEZONDHEIDSDOELEN

Hier kruis ik aan wat op mij van toepassing is

<input type="checkbox"/> roken	<input type="checkbox"/> ongezond eten	<input type="checkbox"/> teveel alcohol	<input type="checkbox"/> teveel stress
<input type="checkbox"/> te hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/> overgewicht	<input type="checkbox"/> psychosociale problemen
<input type="checkbox"/> te weinig bewegen	<input type="checkbox"/> onzorgvuldig medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	

Doel (of mijn persoonlijke streefwaarde).

Wat wil ik bereiken?

---

---

---

---

---

---

---

---

Hoe ga ik dat doen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke steun of welk advies heb ik nodig?

Begindatum

---

---

---

---

---

---

---

---

Evaluatiemoment. Hoe gaat het?

---

---

---

---

---

---

---

---

# CHECKLIST INHALATIEMEDICATIE

Inhalator(en):

Zet een vinkje  in de tabel wat goed gaat.

Meerdere instructies zijn noodzakelijk omdat:

\* 70% van de mensen niet goed blijkt te inhaleren

\* gemiddeld 4 tot 5 instructies nodig zijn in het 1e jaar

Zet een kruisje  waar nog extra begeleiding nodig is.

<b>Optie 0e Instructie:</b> Voorschrijver heeft device aangeleerd, herhaling bij 1e uitgifte. Er is van deze optie gebruik gemaakt: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<b>1e Instructie door</b> Apotheek BIJ 1e UITGIFTE (Apotheek hanteert in opvolging 0e optie: tijdens 1e instructie de methode 'zoek de verschillen')		<b>2e Instructie</b> door POH / LV na 2-3 weken (dan vervolg recept)		<b>3e Instructie</b> door Apotheek na ca. 4 weken bij herhaling		<b>4e Instructie door</b> POH/LV na 6-8 maanden		
<b>Vorbereiding</b>	Datum	Datum	Datum	Datum	1 Apparaat klaarmaken op juiste manier 2 Goed schudden vooraf bij aerosol 3 Tand en lippen om mondstuk 4 Houding: rechtop, 'staand' voorkeur, hoofd iets achterover				
<b>Inhalatie 1-teug methode</b> 5 Volledig uitademen 6 Goede instroomsnelheid conform weerstand device 6a Te krachtig gemeten: .....L/min 6b Te rustig gemeten: .....L/min 7 Volledige inademing 8 Adem vasthouden (10 tellen)	<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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Inhalatie 3-5 teug methode = voorzetkamer</b> 9 In- en uitademen via voorzetkamer 9a Te krachtig gemeten: .....L/min 9b Te rustig gemeten: .....L/min	<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"/> <input type="checkbox"/>
<b>Na de inhalatie: ZIE VOLGENDE PAG.</b>									

Ga naar [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl) voor instructiefilmpje en gebruiksaanwijzing.

# VERVOLG CHECKLIST INHALATIEMEDICATIE

	1e Instructie door Apotheek BIJ 1e UITGIFTE (Apotheek hanteert in opvolging 0e optie: tijdens 1e instructie de methode /zoek de verschillen)		2e Instructie door POH / LV na 2-3 weken (dan vervolg recept)		3e Instructie door Apotheek na ca. 4 weken bij herhaling		4e Instructie door POH/LV na 6-8 maanden	
Na de inhalatie:	Datum		Datum		Datum		Datum	
10 Mond / Keel spoelen-gorgelen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11 Apparaat/VZK schoongemaakt conform protocol?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12 Bijgehouden wanneer leeg? (aerosolen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p><b>Bijwerkingen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> N.v.t. patiënt heeft geen last van bijwerkingen.</p> <p><input type="checkbox"/> Bijwerkingen:</p> <p><b>Aandoening:</b> Astma / COPD / mengvorm / andere indicatie:</p>								
<p><b>Opmerkingen/ aantekeningen:</b></p>								

# CHECKLIST INHALATIEMEDICATIE

Inhalator(en):

Zet een vinkje  in de tabel wat goed gaat.

Meerdere instructies zijn noodzakelijk omdat:

\* 70% van de mensen niet goed blijkt te inhaleren

\* gemiddeld 4 tot 5 instructies nodig zijn in het 1e jaar

Zet een kruisje  waar nog extra begeleiding nodig is.

<p>Optie 0e Instructie: Voorschrijver heeft device aangeleerd, herhaling bij 1e uitgifte. Er is van deze optie gebruik gemaakt: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE</p>	<p>1e Instructie door Apotheek BIJ 1e UITGIFTE (Apotheek hanteert in opvolging 0e optie: tijdens 1e instructie de methode 'zoek de verschillen')</p>		<p>2e Instructie door POH / LV na 2-3 weken (dan vervolg recept)</p>		<p>3e Instructie door Apotheek na ca. 4 weken bij herhaling</p>		<p>4e Instructie door POH/LV na 6-8 maanden</p>	
<p>Vorbereiding</p>	<p>Datum</p>		<p>Datum</p>		<p>Datum</p>		<p>Datum</p>	
<p>1 Apparaat klaarmaken op juiste manier 2 Goed schudden vooraf bij aerosol 3 Tand en lippen om mondstuk 4 Houding: rechtop, 'staand' voorkeur, hoofd iets achterover</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Inhalatie 1-teug methode</b> 5 Volledig uitademen 6 Goede instroomsnelheid conform weerstand device 6a Te krachtig gemeten: .....L/min 6b Te rustig gemeten: .....L/min 7 Volledige inademing 8 Adem vasthouden (10 tellen)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Inhalatie 3-5 teug methode = voorzetkamer</b> 9 In- en uitademen via voorzetkamer 9a Te krachtig gemeten: .....L/min 9b Te rustig gemeten: .....L/min</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Na de inhalatie: <b>ZIE VOLGENDE PAG.</b></p>								

Ga naar [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl) voor instructiefilmpje en gebruiksaanwijzing.

# VERVOLG CHECKLIST INHALATIEMEDICATIE

	1e Instructie door Apotheek BIJ 1e UITGIFTE (Apotheek hanteert in opvolging 0e optie: tijdens 1e instructie de methode /zoek de verschillen)		2e Instructie door POH / LV na 2-3 weken (dan vervolg recept)		3e Instructie door Apotheek na ca. 4 weken bij herhaling		4e Instructie door POH/LV na 6-8 maanden	
Na de inhalatie:	Datum		Datum		Datum		Datum	
10 Mond / Keel spoelen-gorgelen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11 Apparaat/VZK schoongemaakt conform protocol?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12 Bijgehouden wanneer leeg? (aerosolen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p><b>Bijwerkingen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> N.v.t. patiënt heeft geen last van bijwerkingen.</p> <p><input type="checkbox"/> Bijwerkingen:</p> <p><b>Aandoening:</b> Astma / COPD / mengvorm / andere indicatie:</p>								
<p><b>Opmerkingen/ aantekeningen:</b></p>								



# VERKLARING TERMEN

De onderwerpen die regelmatig bij uw controles aan de orde komen worden hieronder kort toegelicht.

## 1. Bloeddruk:

Een verhoogde bloeddruk kan leiden tot beschadiging van de bloedvatwand en kan op lange termijn leiden tot een hart- of vaatziekte.

## 2. BMI:

De body-mass index (BMI) is een index die de verhouding tussen lengte en gewicht bij een persoon weergeeft. De BMI wordt veel gebruikt om een indicatie te krijgen of er sprake is van over- of ondergewicht. Bij COPD kan ondergewicht voorkomen: BMI < 21 kg/m<sup>2</sup>.

## VRAGENLIJSTEN:

## 3. MRC:

De MRC Dyspnoe scorelijst is een praktische en gevalideerde lijst om de mate van benauwdheid bij inspanning zoals een COPD/ Astma patiënt die zelf ervaart te scoren.

## 4. CCQ:

De CCQ scorelijst is een lijst om de kwaliteit van leven bij een COPD patiënt eenvoudig in kaart te brengen.

## 5. ACQ:

De ACQ scorelijst is een persoonsgebonden klachtenscore bij Astma.

## 6. Ziektelast:

De ziektelast wordt bepaald aan de hand van de totale gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij wordt gekeken naar de aandoening, de klachten, de beperkingen en de kwaliteit van leven van de patiënt.

## 7. Astma controle:

Is mijn astma onder controle conform de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)?  
Zie [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)



# COLOFON

Deze LONG Pas is uitgegeven door PeriScaldes.

De teksten van deze LONG Pas zijn op zorgvuldige wijze tot stand gekomen. Desondanks kan deze uitgave onjuistheden bevatten. Aan de (ingevulde) tekst kunnen geen rechten worden ontleend en PeriScaldes kan niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele handelingen die de lezer verricht naar aanleiding van informatie in dit document.

PeriScaldes is een samenwerkingsverband van zorgverleners uit de regio Walcheren, Schouwen-Duiveland en Noord- en Zuid Beveland. Kwaliteit van zorg staat voor deze zorgverleners hoog in het vaandel. Huisartsen, in samenwerking met hun praktijkondersteuners, doktersassistentes en andere gespecialiseerde zorgaanbieders uit de regio - zoals, longverpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en specialisten van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis vormen samen PeriScaldes. Alle zorgaanbieders van PeriScaldes houden zich aan de regels waaraan goede COPD / Astma zorg volgens de ASTMA en COPD standaarden moet voldoen.

# BELANGRIJKE ORGANISATIES/WEBSITES

## **PeriScaldes**

Een regionaal samenwerkingsverband van huisartsen uit de regio Walcheren, Schouwen-Duiveland en Noord- en Zuid-Beveland.

Kijk voor meer informatie op [www.periscaldes.nl](http://www.periscaldes.nl)

## **Cliëntenraad PeriScaldes**

De mening van cliënten over de zorg is belangrijk.

Kijk voor meer informatie op [www.periscaldes.nl/over-periscaldes/cliëntenraad](http://www.periscaldes.nl/over-periscaldes/cliëntenraad)

## **Longfonds**

Het Longfonds zet zich in voor gezonde longen en tegen chronische longziekten.

Kijk voor meer informatie op [www.longfonds.nl](http://www.longfonds.nl), [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl), [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)

## **Overige handige websites**

Stoppen met roken: [www.rookvrijookjij.nl](http://www.rookvrijookjij.nl)

Betrouwbare en onafhankelijke informatie: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl)

Voor middelen die in de inhalator zitten: [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl)

Vraag uw apotheek om een uitdraai  
van uw medicijnpaspoort en bewaar dat hier.



# PeriScaldes

*Uw zorg, onze zorg*



[www.periscaldes.nl](http://www.periscaldes.nl)  
[info@periscaldes.nl](mailto:info@periscaldes.nl)