

Vragenlijst Lausanne screening

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

- + Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over het onderzoek krijgt (als van toepassing)?

Ja / Nee

Sporten	aantal jaar	aantal x per week	hoe lang (uur)
+ _____	_____	_____	_____
+ _____	_____	_____	_____
+ _____	_____	_____	_____

- + Rookt u? Ja / Nee Aantal per dag:
- + Heeft u vroeger gerookt? Ja / Nee Zo ja, hoe lang: ____ jaar, per dag: ____ sigaretten
- + Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee Zo ja, welke:
- + Heeft u allergieën? Ja / Nee Zo ja, welke:

Cardiovasculaire screening

- + Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning?
- + Heeft u wel eens druk op de borst gehad?
- + Heeft u tijdens of na inspanning wel eens zo erg last gehad van druk op de borst, hoesten of buiten adem zijn dat de inspanning werd bemoeilijkt?
- + Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma?
- + Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad?
- + Is er wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport omdat u een hartziekte heeft?
- + Heeft u wel eens hoge bloeddruk gehad?
- + Heeft u wel eens hoog cholesterol gehad?
- + Heeft u suikerziekte (diabetes)?
- + Bent u wel eens duizelig tijdens inspanning?
- + Heeft u wel eens gemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg?
- + Bent u wel eens heel erg moe terwijl u zich niet heel erg heeft ingespannen?
- + Is er wel eens een hartgeruis bij u gehoord?
- + Heeft u wel eens een hartritmestoornis gehad?
- + Heeft u een ander hartprobleem dan hartgeruis of een hartritmestoornis?
- + Heeft u de afgelopen tijd last gehad van een ernstige virusinfectie?
- + Heeft u vroeger acuut reuma (reuma veroorzaakt door een bacterie) gehad?

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Vragen over uw familie

Is er bij u in de familie (naaste familieleden, maar ook (achter)neven en (achter)nichten) iemand:

- + Ineens en onverwacht overleden?
- + Behandeld voor regelmatig flauwvallen?
- + Met onverklaarde epileptische aanvallen?
- + Tijdens het zwemmen verdronken zonder dat er hier een duidelijke oorzaak voor was?
- + Met een ongeluk in het verkeer zonder dat er hier een duidelijke oorzaak voor was?
- + Met een hoge bloeddruk?
- + Die een hartspierziekte heeft?
- + Die een hartinfarct of "pijn op de borst" heeft gehad?
- + Die gedotterd of aan het hart geopereerd is?
- + Die een harttransplantatie heeft gehad?

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

- + Met een pacemaker of een defibrillator?
- + Behandeld voor een onregelmatige hartslag?
- + Overleden aan wiegendood?
- + Met het syndroom van Marfan?

Ja / Nee
Ja / Nee
Ja / Nee
Ja / Nee

Naar waarheid ingevuld,

Datum: _____

Handtekening: _____

* Als u jonger bent dan 16 jaar, handtekening van ouder of voogd

- Onderstaande in te vullen door de arts:

Lichamelijk onderzoek

Bloeddruk: _____ / _____ mmHg

Auscultatie cor (ritme, souffle, systolische click?): _____

Bloedvaten (pulsaties a. radialis en a. femoralis): _____

Marfan stigmata? _____

Overig: _____
