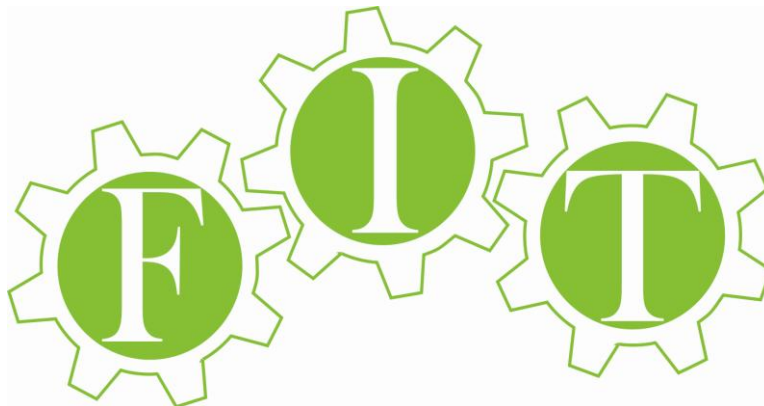




# Compleet Geriatrich Assessment

## Screening CGA FIT



**Functiebehoud In Transitie**

Naam : \_\_\_\_\_

## BASISGEGEVENS

Huisarts: \_\_\_\_\_

Naam verpleegkundige : \_\_\_\_\_

Datum van invullen:

d	d	m	m	j	j	j	j

Geboortedatum oudere:

d	d	m	m	j	j	j	j

Postcode oudere:

--	--	--	--	--	--

Geslacht:

Man

Vrouw

## INTRODUCTIEVRAGEN

Wat betekent het voor u om ouder te worden?

\_\_\_\_\_

Maakt u zich zorgen?

\_\_\_\_\_

Hoe denkt u dat het in de toekomst zal zijn?

\_\_\_\_\_

Wat is er in uw ogen nodig om zo gezond mogelijk ouder te worden?

\_\_\_\_\_

Wat is kwaliteit van leven voor u?

\_\_\_\_\_

## LICHAMELIJK FUNCTIONEREN

### Medicatie

- 1 Gebruikt u vijf of meer verschillende soorten medicijnen?  nee  ja  nvt  
Vul zo nodig medicatiebeoordeling in ([www.effectieveouderenzorg.nl](http://www.effectieveouderenzorg.nl))

### Therapietrouw

- 2 Is het u duidelijk hoe en wanneer u uw medicijnen moet innemen?  nee  ja  nvt

### Veiligheid en bijwerkingen

- 3a Ervaart u problemen of bijwerkingen van uw huidige medicijnen?  nee  ja  nvt  
3b Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen?  nee  ja  nvt

### Duizeligheid

- 4 Heeft u de afgelopen maand last gehad van duizeligheid?  nee  ja  
Zo ja, heeft dit invloed op uw dagelijks functioneren?  nee  ja

### Slikstoornis

- 5 Heeft u de afgelopen maand moeite gehad met slikken?  nee  ja

### Mondhygiëne

- 6 Heeft u de afgelopen maand klachten in uw mond gehad (pijn, zwelling, blaasje, verandering van aspect) ?  nee  ja

### Dehydratie

- 7 Bent u het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest omdat u uitgedroogd was?  nee  ja

### Incontinentie

- 8a Heeft u de afgelopen maand ongewild urine verloren?  nee  ja  nvt  
8b Heeft u de afgelopen maand ongewild ontlasting verloren?  nee  ja  nvt

### Blaaskatheter

- 9a Heeft u nu een blaaskatheter?  nee  ja  
9b Katheteriseert u zichzelf regelmatig?  nee  ja  nvt

### Obstipatie

- 10 Heeft u minder dan drie keer per week ontlasting?  nee  ja  nvt

Decubitus

11 Heeft u doorligplekken of wonden aan de hielen  
of de stuit?

nee  ja

Pijn

12 Om mensen te helpen bij het aangeven hoeveel pijn ze hebben, hebben we een meetschaal gemaakt. Op de meetschaal betekent '1' helemaal geen pijn en '10' heel veel pijn. Kunt u een cijfer tussen de 1 en 10 geven dat aangeeft hoeveel pijn u heeft?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

↑

geen pijn

↑

heel veel pijn

Cognitieve stoornis

13 Heeft u herhaaldelijk problemen met uw geheugen?  nee  ja

14 Vul hieronder de gestandaardiseerde *Mini-Mental State Examination* (MMSE) in. Gebruik indien nodig de scoringsinstructie die te vinden is in het protocol. Tel de scores van de elf vragen bij elkaar op en vul de totale test score in.

**Mini-Mental State Examination (MMSE)**

Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Deze vragen hebben te maken met nadenken en onthouden. Er zitten enkele zeer gemakkelijke vragen bij, maar ook enkele moeilijke, aangezien het een standaard lijst is. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijk de antwoorden te geven.

**1 a** Welk jaar is het? .....

**b** Welk seizoen is het? .....

**c** Welke maand van het jaar is het? .....

**d** Wat is de datum van vandaag? .....

**e** Welke dag van de week is het? .....

**score (0-5)** \_\_\_\_\_

**2 a** In welke provincie zijn we nu? .....

**b** In welke plaats zijn we nu? .....

**c** Wat is de naam van deze praktijk/ruimte? .....

**d** Wat is de naam van deze straat? .....

**e** Op welke verdieping zijn we nu? .....

**score (0-5)** \_\_\_\_\_

**3** Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u ze over enkele minuten opnieuw te noemen. (Noem 'appel', 'sleutel', 'tafel'; neem 1 seconde per woord.) (1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer tot de patiënt de drie woorden weet.)

**score (0-3)** \_\_\_\_\_

- 4 Wilt u van 100 zeven aftrekken en van wat er overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (*Niet verder doorgaan dan 65.*) (*Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dan dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd.*)

Noteer exact alle antwoorden van de patiënt:  $100-7 = \dots\dots\dots/\dots\dots\dots/\dots\dots\dots/\dots\dots\dots/\dots\dots\dots$

(*Een punt voor elk goed antwoord.*)

of:

Wilt u het woord 'worst' achterstevoren spellen?

Noteer hier het antwoord.....

(*Een punt per goede letter in juiste volgorde*)

score (0-5) \_\_\_\_\_

- 5 Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist.

(*Een punt voor elk goed antwoord.*)

score (0-3) \_\_\_\_\_

- 6 Wat is dit? En wat is dat?

(*Wijs een pen en een horloge aan.*)

(*Een punt voor elk goed antwoord.*)

score (0-2) \_\_\_\_\_

- 7 Wilt u de volgende zin herhalen:

'**nu eens dit en dan weer dat**'

(*Een punt als de complete zin goed is.*)

score (0-1) \_\_\_\_\_

- 8 Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat?

(*Papier met daarop in grote letters: 'sluit de ogen'.*)

score (0-1) \_\_\_\_\_

- 9 Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen?

(*Een punt voor iedere goede handeling.*)

score (0-3) \_\_\_\_\_

- 10 Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier?

(*Een punt wanneer de zin een onderwerp*

*en een gezegde en een betekenis heeft).*

score (0-1) \_\_\_\_\_

- 11 Wilt u deze figuur natekenen?

(*Figuur op de volgende pagina. Een punt als de figuur*

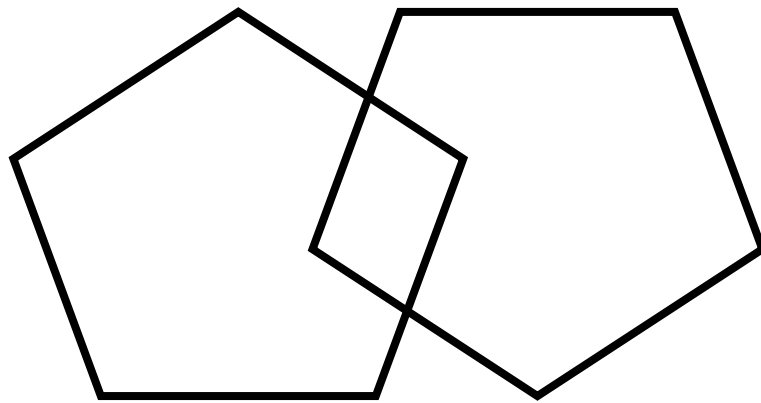
*correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn*

*tussen de twee vijfhoeken.*)

score (0-1) \_\_\_\_\_

**totale test score (0-30) \_\_\_\_\_**

# SLUIT DE OGEN



### Delirium

- 15 Heeft u ooit een delier doorgemaakt?  nee  ja  
Hiermee wordt bedoeld een acute verwardheid.

### Depressie GDS-2

- 16a Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld?  nee  ja
- 16b Had u de afgelopen maand minder interesse of plezier in dingen?  nee  ja

### Angststoornis

- 17 Heeft u zich de afgelopen maand angstig gevoeld?  nee  ja

### Afhankelijkheid van verdovende middelen

- 18a Neem de onderstaande vragen over alcoholgebruik af. Tel de scores van de drie vragen bij elkaar op en vul de totale test score in.

Vragen	Score				
	0	1	2	3	4
Hoe vaak drinkt u alcohol?	nooit	1 keer per maand of minder vaak	2-4 keer per maand	2-3 keer per week	4 keer per week of vaker
Hoeveel eenheden/glazen drinkt u op een typische dag dat u alcohol gebruikt?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 of meer
Hoe vaak drinkt u meer dan zes glazen per gelegenheid?	nooit	minder dan 1 per maand	maandelijks	wekelijks	(bijna) dagelijks

**totale test score (0-12) \_\_\_\_\_**



18b Neem de onderstaande vragen over roken af en vul de antwoorden in.

Roken		
Ik heb nooit gerookt	<input type="checkbox"/>	
Ik heb gerookt, maar ik rook nu niet meer	<input type="checkbox"/>	Gestopt sinds  __ __  jaar, specificeer rookgedrag
Ik rook momenteel	<input type="checkbox"/>	Specificeer rookgedrag
Specificatie rookgedrag?	Aantal jaar gerookt:	__ __
	Aantal sigaretten per dag:	__ __
	Andere rookwaar per dag:	_____

18c Gebruikt u kalmeringsmiddelen?

nee  ja

ADL en IADL**19 Katz ADL en IADL schaal**

De volgende vragen gaan over hoe u functioneert in het dagelijkse leven. Kruis het antwoord aan voor de situatie zoals deze nu is. Gebruik indien nodig de scoringsinstructie die te vinden is in het protocol.

	<b>ADL</b>	<b>ja</b>	<b>nee</b>
<b>1</b>	Hebt u hulp nodig bij het baden of douchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Hebt u hulp nodig bij het aankleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Hebt u hulp nodig bij naar het toilet gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal / inlegkruisjes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Hebt u hulp nodig bij opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Hebt u hulp nodig bij het eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>IADL</b>		
<b>7</b>	Hebt u hulp nodig bij het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Hebt u hulp nodig bij het kammen van de haren of scheren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Hebt u hulp nodig bij het gebruiken van de telefoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Hebt u hulp nodig bij reizen (bijv. met de auto of openbaar vervoer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Hebt u hulp nodig bij het boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Hebt u hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Hebt u hulp nodig bij huishoudelijk werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Hebt u hulp nodig bij het innemen van medicijnen (bijv. ingevulde weekdoos of voorverpakte zakjes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Hebt u hulp nodig bij het regelen van uw geldzaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Slechthorendheid

20 Kunt u, al dan niet met een gehoorapparaat, goed horen?  nee  ja

### Slechtziendheid

21 Kunt u, al dan niet met bril, goed zien?  nee  ja

### Moeheid

22a Kost alles wat u doet moeite?  nee  ja

22b Kost het u moeite op gang te komen?  nee  ja

### Slaap

23a Ervaart u problemen met slapen?  nee  ja

23b Heeft u de afgelopen maand slaapmedicatie gebruikt?  nee  ja

### Mobiliteit

24a Gebruikt u een loophulpmiddel?  nee  ja

Zo ja, welk loophulpmiddel gebruikt u? .....

24b Kunt u 5 minuten buiten lopen?

- Zonder moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Enkel met hulp van iemand anders
- Niet mogelijk

24c Hoe vaak doet u aan lichamelijke inspanning (bijv ½ uur wandelen, fietsen of zwemmen)?

- Dagelijks
- 3 keer per week
- Wekelijks
- Maandelijks
- (Vrijwel) nooit

Vallen

25a Bent u het afgelopen jaar 1 of meer keer gevallen?  nee  ja

Zo ja, hoe vaak bent u gevallen? ..... keer

25b Om mensen te helpen bij het aangeven hoe bang ze zijn om te vallen, hebben we een meetschaal gemaakt. Op de meetschaal betekent '1' helemaal geen angst en '10' heel veel angst. Kunt u een cijfer tussen de 1 en 10 geven dat aangeeft hoe bang u bent om te vallen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

↑

helemaal geen angst
------------------------

↑

heel veel angst
--------------------

Sociale participatie

**26 Jong Gierveld schaal**

Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is? Gebruik indien nodig de scoringsinstructie die te vinden is in het protocol.

		JA!	ja	min of meer	nee	NEE !
1	Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ik ervaar een leegte om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ik mis gezelligheid om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ik mis mensen om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tel van de vragen 2, 3, 5, 6, 9 en 10 het aantal neutrale en positieve antwoorden op ('min of meer', 'ja', of 'JA!', ieder antwoord is 1 punt waard).

Tel van de vragen 1, 4, 7, 8 en 11 het aantal neutrale en negatieve antwoorden op ('NEE!', 'nee', of 'min of meer', ieder antwoord is 1 punt waard).

Bereken de totale test score als een optelling van alle punten.

**totale test score (0-11) \_\_\_\_\_**

### Problematische woonsituatie

27 Voldoet uw huidige woning aan uw wensen?  nee  ja

### Beperkte financiën

- 28 Kunt u rondkomen?
- Ja
  - Ja, met moeite
  - Nee
  - Weet ik niet precies

### Kwaliteit van leven

29 Welk rapportcijfer zou u uw leven op dit moment geven? (alleen hele punten invullen)

Rapportcijfer (van 0 tot 10):

### Gezondheid en welbevinden

30a Hoe is in het algemeen uw gezondheid?

- Uitstekend
- Erg goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

30b Hoe is uw gezondheid in het algemeen ten opzichte van 12 maanden geleden?

- Veel beter dan een jaar geleden
- Iets beter dan een jaar geleden
- Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- Iets slechter dan een jaar geleden
- Veel slechter dan een jaar geleden

### Mantelzorg

31 Krijgt u regelmatig hulp van iemand in uw directe omgeving (echtgenoot/familielid/vriend(in)/ kennis/ burens )?  nee  ja

Ondervoeding

32 Doorloop de **SNAQ<sup>65+</sup> beslisboom**

- Stap 1: Bent u onbedoeld 4 kg of meer afgevallen in de afgelopen 6 maanden?  nee  ja
- Stap 2: Wat is de bovenarmomtrek? \_\_\_\_\_cm
- Stap 3a: Had u de afgelopen week een verminderde eetlust?  nee  ja
- Stap 3b: Bent u in staat een trap van 15 treden op en af te lopen zonder te rusten?  nee  ja

## SNAQ<sup>65+</sup> beslisboom



Obesitas

33 Bereken de BMI (gewicht / lengte<sup>2</sup>).

Lengte: 

_	,	_	_	m
---	---	---	---	---

Gewicht: 

_	_	_	,	_	kg
---	---	---	---	---	----

BMI: 

.....
-------

## Osteoporose

34 Ga na welke risicofactoren aanwezig zijn. De totale risico score wordt berekend door alle aanwezige risicofactoren bij elkaar op te tellen.

Risicofactor	Risicoscore
Gewicht minder dan 60 kg en/of BMI lager dan 20 (kg/m <sup>2</sup> )	1
Leeftijd ouder dan (>) 70 jaar	2
Eerdere fractuur na het 50e levensjaar	1
Heupfractuur bij een ouder	1
Verminderde mobiliteit*	1
Reumatoïde artritis	1
Aandoening of situatie geassocieerd met secundaire osteoporose**	1
Gebruik van corticosteroiden (>3 maanden; >7,5 mg/dag)	4

**totale test score (0-13) \_\_\_\_\_**

\* Gedefinieerd als hulpmiddel bij lopen of > 4 weken niet lopen in het laatste jaar

\*\* Aandoening of situatie geassocieerd met secundaire osteoporose:

- Schildklier-aandoeningen: (onbehandelde hyperthyroïdie of overgesubstitueerde hypothyroïdie)
- Inflammatoire darmziekten (Ziekte van Crohn en colitis ulcerosa)
- Orgaantransplantatie
- Diabetes Mellitus (type 1 of 2)
- Gebruik van anti-epileptica
- Onbehandelde hyperparathyroïdie
- COPD
- Pernicieuze anemie
- Lage zonlichtexpositie
- Gebruik van corticosteroiden (>3 maanden; >7,5 mg/dag)