

Datum: _____

Koffie: koppen per dag/week/maand

Thee: koppen per dag/week/maand

Coca-cola: .. glazen per dag/week/maand

Energiedrank .. blikjes per dag/week/maand

Roker: Ja/Nee..... sigaretten per dag

Huidige medicatie (van alle artsen):

- Is er een verandering geweest in uw rookgewoonte? Zo ja, sinds wanneer is dat het geval?
- Sinds datum:
- Waar bestaat de verandering uit?
- Toename met sigaretten per dag of afname met sigaretten per dag

Deze vragenlijst wordt gebruikt om vast te stellen of u last heeft van bijwerkingen door uw medicatie.

Plaats een kruisje in de kolom die de beste past bij hoe vaak of hoe ernstig u de volgende bijwerkingen ervaart.

Gedurende <u>afgelopen week</u> :		Nooit	Eenmalig	Een paar keer	Iedere dag	Kruis aan als het ernstig of verontrustend is
1	Ik had moeite om uit bed te komen of ik voelde me slaperig gedurende de dag.					
2	Ik voelde me gedrogeerd of als een zombie					
3	Ik voelde me duizelig als ik opstond of ben flauwgevallen					
4	Ik voelde mijn hart onregelmatig kloppen of mijn hart klopte ongewoon snel					
5	Ik heb gemerkt dat mijn ledematen of spieren schokten of ruktbewegingen maakten					
6	Ik had last van kwijlen					
7	Ik zag waziger					
8	Ik had een droge mond					
9a	Ik had last van brandend maagzuur of oprispingen					
9b	Ik was misselijk of heb overgegeven					
10	Ik heb moeite gehad om te poepen (obstipatie)					
11	Ik heb in bed geplast					
12	Ik moet vaker plassen					
13	Ik had meer honger dan gewoonlijk of kwam aan in gewicht					
14	Ik had seksuele problemen					
15	Ik sliep langer dan gewoonlijk					
16	Ik heb koorts gehad					

Ik heb ook gemerkt: Schrijf hier andere bijwerkingen OF LICHAMELIJKE PROBLEMEN OF KLACHTEN op die u de afgelopen week heeft ervaren	
17	
18	
19	
20	