

Subjectnummer:

## Vragenlijst DUTCH-AF



Etniciteit	
Afkomst	<input type="checkbox"/> Blank/kaukasisch <input type="checkbox"/> Donker/negroïde <input type="checkbox"/> Overig

Diagnose atriumfibrilleren (AF)	
Datum diagnose AF (AF voor eerst vastgelegd op ECG/Holter/looprecorder)	_____
Waar is de diagnose AF bij de patient vastgesteld?	<input type="checkbox"/> 1e lijn (huisarts) <input type="checkbox"/> 2e/3e lijn (ziekenhuis) <input type="checkbox"/> Onbekend
Type atriumfibrilleren*	<input type="checkbox"/> Paroxysmaal atriumfibrilleren <input type="checkbox"/> Persistentend atriumfibrilleren <input type="checkbox"/> Onbekend
Is er sprake van secundair (uitgelokt) AF? Zie toelichting**	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk uitgelokt door _____ <input type="checkbox"/> Onbekend
Is er bij inclusie sprake van AF-gerelateerde klachten? Zie toelichting***	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend

\* Paroxysmaal AF: aanvallen van AF die binnen 7 dagen spontaan herstellen.

Persistentend AF: AF bestaat langer dan 7 dagen

\*\* Secundair AF: AF ontstaan binnen 14 dagen na myocardinfarct, niet cardiothoracale chirurgie, acute alcoholintoxicatie, pericarditis, myocarditis, tamponade, hypertheroïdie, acute infectie/sepsis, longembolie of exacerbatie COPD.

\*\*\* Vermoeidheid, kortademigheid, hartkloppingen of pijn op de borst.

Voorgeschiedenis
Graag aanvinken welke aandoeningen gelden voor uw patiënt.
<input type="checkbox"/> Hypertensie <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus type 2 <input type="checkbox"/> Myocardinfarct <input type="checkbox"/> Coronairlijden (PCI of CABG ondergaan) <input type="checkbox"/> Hartfalen of LVEF <40% <input type="checkbox"/> Perifeer arterieel vaatlijden <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Herseninfarct <input type="checkbox"/> Intracraniale bloeding <input type="checkbox"/> CVA niet nader gespecificeerd**** <input type="checkbox"/> Chronische longziekte (COPD / Astma) <input type="checkbox"/> Obstructief slaap apneu syndroom Schildklierlijden: <input type="checkbox"/> Hyperthyreoïdie <input type="checkbox"/> Hypothyreoïdie Maligniteit (uitzondering basaalcelcarcinoom): <input type="checkbox"/> Actieve maligniteit <input type="checkbox"/> Maligniteit in het verleden <input type="checkbox"/> Diep veneuze trombose en/of longembolie <input type="checkbox"/> Ziekenhuisopname en/of transfusie ondergaan i.v.m. bloeding: Locatie bloeding: _____ _____ <input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande

\*\*\*\* CVA, maar onduidelijk of het een bloeding of een infarct betrof.

Subjectnummer:



Onderzoek	
Lengte	_____ (cm)
Gewicht	_____ (kg, op 1 decimaal nauwkeurig)
Bloeddruk (meest recent)	_____ / _____ (mmHg)
Recent hemoglobine (< 6 mnd oud)	_____ (mmol/l, op 1 decimaal nauwkeurig)
De laatst bepaalde kreatinine (<3 mnd oud)	_____ (μmol/l)
Is er recent (tot 1 jaar terug) een echo van het hart gemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Nee, maar volgt nog

Behandeling	
Welke behandeling is uitgevoerd meteen na de eerste diagnose atriumfibrilleren?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Ritmecontrole <input type="checkbox"/> Hartfrequentiecontrole <input type="checkbox"/> Onbekend
Gebruikte patiënt antithrombotica vóór diagnose AF? (meerdere antwoorden mogelijk, denk aan NOAC, VKA, TAR)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (naam) _____ (dosering) _____ mg _____ dd (naam) _____ (dosering) _____ mg _____ dd <input type="checkbox"/> Onbekend
Is het antistollingsbeleid na de diagnose AF gewijzigd?	<input type="checkbox"/> Nee, ongewijzigd (einde vragenlijst) <input type="checkbox"/> Ja, gewijzigd (ga verder met de vraag hieronder) Datum wijziging: _____
Antistollingsbeleid waarvoor gekozen is <u>direct na</u> diagnose AF (graag hier <u>alle antithrombotica</u> noteren die gestart en eventueel gecontinueerd zijn, meerdere antwoorden mogelijk, denk aan NOAC, VKA, TAR)	(naam) _____ (dosering) _____ mg _____ dd (naam) _____ (dosering) _____ mg _____ dd (naam) _____ (dosering) _____ mg _____ dd

Dit formulier kunt u terugsturen in bijgevoegde antwoordenvolp

Voor meer informatie of vragen kunt u contact opnemen met:

Emmy Trinks-Roerdink, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker

Telefoonnummer: 088 - 75 55 105

Emailadres: e.m.roerdink@umcutrecht.nl