

**Algemeen:**

1. **Datum:** dd/mm/jjjj.
2. **Instellingscode:** de code (4 getallen) invullen die u van het coördinatiecentrum in Wenen heeft gekregen.
3. **Afdelingscode:** de code (4 getallen) invullen die u van het coördinatiecentrum heeft gekregen.
4. **Patiënt (4 initialen):** Initialen aangeven. Voorbeeld Peter Smit => **PE SM**
5. **Patiënt ID (nummer onderzoek):** Geef elke patiënt een nummer en bewaar dit goed voor de informatie na 30 dagen. Dit nummer ook op de formulieren 3a en 3b zetten.
6. **Geslacht (v/m):** invullen "v" voor vrouw, "m" voor man.
7. **Geboortejaar (JJJJ):** In 4 cijfers: 1970
8. Een van de mogelijke antwoorden kiezen en/of een toelichting geven op de stippelijijn. (Meer opties zijn mogelijk).
9. Antwoorden door 'JA' of 'NEE' aan te kruisen
10. Kruis een van de mogelijke antwoorden aan – streep meer aan indien gewenst.
11. Kies een van de antwoorden, indien u dit niet weet de laatste optie.
12. Een van de antwoorden aanstrepen .

**FORMULIER 1 "afdeling / staf":**

13. **Actueel aantal bedden van de afdeling:** het aantal bedden dat op het moment van de meting bezet is.
14. **Maximaal aantal bedden van de afdeling:** het totaal aantal bedden van de afdeling.
15. **Belangrijkste patiëntengroep:** de onderstaande codes gebruiken, bij gebruik van meer codes een komma gebruiken.
16. **Personeel werkzaam op de afdeling (exclusief schoonmaak):** Geef het totaal aantal professionals in de zorg aan op uw afdeling aanwezig op Nutrition Day (artsen, assistenten, consulenten, verpleegkundigen, diëtisten, voedingsassistenten, fysiotherapeuten) en geef aan hoeveel in opleiding zijn en hoeveel er gediplomeerd zijn.
17. **Opmerkingen:** ruimte voor aanvullende informatie en rapportage voor problemen tijdens het invullen van de vragenlijsten.

**SHEET 1**

Date: / / Centre Code: Unit Code:

Actual number of beds that are staffed: beds  
 Maximum number of beds in the unit: beds  
 Main patient group admitted (please use code below):

1 Internal medicine/general	14 Infectious surgery
2 Internal medicine/gastroenterology & hepatology	15 Infectious surgery
3 Internal medicine/ oncology (incl. radiotherapy)	16 Intensive care
4 Internal medicine/ internal diseases	17 Intensive care
5 Internal medicine/ geriatrics	18 Intensive care
6 Internal medicine/ geriatrics	19 Intensive care
7 Intensive care	20 Intensive care
8 Intensive care	21 Intensive care
9 Intensive care	22 Intensive care
10 Intensive care	23 Intensive care
11 Intensive care	24 Intensive care
12 Intensive care	25 Intensive care
13 Intensive care	26 Intensive care

People working on your unit (excluding persons cleaning only):

	number (entering staff)	number (entering staff)
	in training	fully trained
Physicians/Consultants		
Registrar		
Nurse		
Nursing Aide		
Dietitian		
Dietetic assistant		
Physiotherapist		
others		

Is there a person on your unit dedicated to nutritional care? YES NO  
 Is there a clinical nutrition team in your hospital? YES NO  
 Do you routinely use written procedures for nutritional care? YES NO  
 Which one? national guidelines YES NO  
 local standards YES NO  
 individual patient nutritional care plans YES NO  
 other YES NO  
 Do you screen your patients at admission for risk of malnutrition? YES NO  
 Which screening tool do you use? Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 YES NO  
 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) YES NO  
 national tool YES NO  
 local tool YES NO  
 experience YES NO  
 other YES NO

If the patient is at risk for malnutrition or malnourished - what do you do? (Tick more than one if necessary)

	risk	malnourished
develop the individual nutrition care plan		
call a dietitian		
call the nutrition support team		
call a gastroenterologist		
others		

When do you weigh your patients? (Tick more than one if necessary)  
 at admission  every week  occasionally  when requested  never

COMMENTS:

**FORMULIER 2 ("alle patiënten van de afdeling"):**

**Te includeren patiënten:**

Alle volwassen patiënten die op de afdeling aanwezig zijn tussen 07.00 uur op Nutrition Day tot de volgende ochtend 07.00 uur. Tevens patiënten includeren die deze dag opgenomen en ontslagen zijn.

18. **Formuliernummer:** afhankelijk van het aantal patiënten dat op de afdeling is opgenomen heeft u meer dan één van deze formulieren nodig. Geeft het volgnummer hier aan.
19. **Patiëntencode 1+2:** Bij patiëntencode 1 aangeven of de patiënt hulp nodig heeft bij het invullen van de vragenlijst (H), niet mogelijk (NA) of geen afgifte informed consent (C) om in het onderzoek te participeren. Bij patiëntencode 2 aangeven of de patiënt in terminale fase is (T) of niet (N)
20. **Lengte/gewicht:** Gewicht in kg en lengte in cm
21. **Hoeveel verschillende geneesmiddelen oraal?:** Vul in hoeveel verschillende soorten orale geneesmiddelen de patiënt heeft voorgeschreven gekregen.
22. **Opnameduur (dagen):** het totale aantal dagen dat de patiënt in de instelling opgenomen is: Opgelet: dit is inclusief NUTRITION DAY.
23. **IC-verblijf:** Heeft de patiënt op een Intensive care unit gelegen? Svp antwoorden met JA of NEE
24. **Duur sinds operatie (dagen):** Vul hierin het aantal dagen dat de patient post-operatief is (exclusief OK dag, inclusief Nutrition day).
25. **Voedingsbehandelplan:** Aub het corresponderende nummer invullen. Speciaal dieet is bv natriumbeperkt, lactosevrij, streng vetbeperkt. Niet een diabetesdieet.
26. Vul in wat van toepassing is, meerdere opties mogelijk

**Patiëntformulier 3a:**

27. **Wat was uw gewicht 5 jaar geleden? (kg):** vul uw gewicht van 5 jaar geleden in, indien u dit niet weet kunt u de vraag overslaan.
28. **Hoeveel pillen en vloeibare geneesmiddelen neemt u dagelijks (total number)?:** Kies het juiste antwoord. Elke dosis is als 1 stuk gerekend, onafhankelijk van hoeveel druppels (10 of 15 etc.) zijn gebruikt.

**Patiëntformulier 3 b**

- 29. **Keuze aangeven voor één maaltijd:** Aub aangeven in de rondjes onder de borden hoeveel u heeft gegeten..
- 30. Aub aangeven welke maaltijd is gebruikt!
- 31. Geef het aantal glazen drinken of flesjes drinkvoeding aan die u bij deze maaltijd heeft gebruikt. Gemiddelde inhoudsmaat 200ml.

The form includes sections for:
 

- Number of drinks (0-4 glasses)
- Number of meals (all, 1/2, 1/4, nothing)
- Meal type (lunch, dinner)
- Appetite and food preferences (e.g., 'Do you think you have your usual appetite today?')
- Additional food items (e.g., 'Do you eat any food apart from hospital food?')

**Patiënten lijsten uitkomsten (alle patiënten van het onderzoek):**

**Uitkomstent:** de uitkomstent worden 30 dagen na nutritionDay geëvalueerd.

Unit Patient list and outcome (all patients in the audit)

*Firstname lastname date of birth patient sticker	Initials optional	Unit room, 4th optional	Sheet 1 N°	Sheet 2 patient N°	Date hospital discharge Admission	Outcome hospital discharge A,B,C,...	Readmitted? (within 30 days) YES or NO?	Comments
Example: Mr. Brown 12-12-1945	Mr Br	5	1	1	17.02.09	B	YES NO	
			1	1			YES NO	
			1	2			YES NO	
			1	3			YES NO	

- 32. **Datum Resultaat:** het aantal datum resultaat dd/mm/jjjj
- 33. **patiëntgegevens:** geef hier patiëntengegevens voor eigen gebruik of plak een patiënten sticker.
- 34. **Kamernummer (optioneel):** evt. Kamernummer noteren.
- 35. **Ontslagdatum:** Aub datum van ontslag aangeven: dd / mm / yyyy
- 36. **Resultaat code (A, B, C, ...):** het resultaat wordt ingevuld 30 dagen na nutritionDay.
- 37. **Opmerkingen:** ruimte voor aanvullende informatie en rapportage voor problemen tijdens het invullen van de vragenlijsten.

Elk nummer correspondeert met het nummer op het formulier.