ZORGTRAJECT CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE
VERWIJSBRIEF DIEETADVIES

Huisarts: Adres: Telefoon:	Endocrinoloog: Adres: Telefoon:
Betreft *Patiënt:* Geboortedatum: Adres: Telefoon:	*Kleefbriefje mutualiteit*

1. VOORGESCHIEDENIS

Diagnose chronische nierinsufficiëntie sinds: ……/……/…….
Datum start zorgtraject: ……/……/…….

2. RENALE DIAGNOSE

- ☐ Diabetes type 1
- ☐ Diabetes type 2 met of zonder biopsie
- ☐ Vasculair zonder diabetes
- ☐ Glomerulopathie met of zonder biopsie
- ☐ Autosomaal dominante polycystische nefropathie
- ☐ Andere, nl.
- ☐ Onbekend

3. STADIUM NIERFALEN

- ☐ Stadium 3b: matige daling (eGFR 30-45 ml/min)
- ☐ Stadium 4: ernstige daling (eGFR 15-29 ml/min)
- ☐ Stadium 5: terminaal nierfalen (eGFR < 15ml/min)

  En/of
- ☐ Proteïnurie > 1g/24u

4. ANTROPOMETRIE / BLOEDDRUK

Gewicht: kg BMI:
Lengte: m Buikomtrek:
Bloeddruk:

5. LEVENSSTIJL

Voeding:

Alchoholgebruik:

Lichaamsbeweging:	Rookstatus:
☐ Onmogelijk ☐ < 30 min/dag ☐ ≥ 30 min/dag	☐ Roker ☐ Nooit gerookt ☐ Ex-roker: gestopt met roken sinds: ……/……/……

6. **MEDICATIEGEBRUIK (gelieve in te vullen of recente medicatiefiche mee te geven met patiënt)**

Huidig gebruik medicatie **Naam medicatie**	**Dosis**
Voorgeschiedenis medicatiegebruik **Naam medicatie**	**Dosis**

7. LABORESULTATEN (graag kopie labo in bijlage)

8. WERKPUNTEN DIEET

	prioritair	belangrijk	Opmerkingen/streefdoelen
Kalium	o	o	
Natrium	o	o	
Fosfor	o	o	
Diabetes	o	o	
Cholesterol	o	o	
Calorie-inname	o	o	
Eiwitinname	o	o	
Vocht	o	o	
Andere aandachtspunten			

Stempel en handtekening