

Hoeveel last heeft u de afgelopen 14 dagen van de volgende bijwerkingen gehad door het gebruik van uw inhalator(s)?

| (Gelieve één cijfer per lijn te omcirkelen) | | | | | | | |
|--|-----------|------------------|-------------|------------|-----------|----------------|-------------------|
| | Geen last | Heel weinig last | Weinig last | Matig last | Veel last | Heel veel last | Extreem veel last |
| 1 Heesheid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Dat u uw keel moet schrapen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Jeuk achterin uw keel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Schimmelinfectie (pijnlijke keel met witte blaasjes en moeite met slikken) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 Een vieze smaak in uw mond | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 Dat uw smaak veranderd was | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Iets willen drinken (wegens een droge mond) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 Een gezwollen gezicht of vocht in uw gezicht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 Dat u snel blauwe plekken had | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 Stemmingwisselingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 Dat uw ogen sneller achteruit gegaan zijn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 Zweten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 Elke vorm van achteruitgang aan uw tanden (tandbederf, vlekken op uw tanden, enzovoort) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 Moeheid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 Droge ogen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Geef de ingevulde vragenlijst terug aan uw arts of verpleegkundige.

Naam: _____ **Score:** _____