**Korte termijn follow-up van Fecale Microbiota Transplantatie patiënt**

Indien mogelijk wil de NDFB graag een fecesmonster van de patiënt vóór en 3 a 4 weken na fecestransplantatie (FMT/ Fecale Microbiota Transplantatie) ontvangen .

Bij vragen: contact info@ndfb.nl of 071-5296545.

Datum: …………………………………

P-nummer NDFB:………………….

Geboortejaar:……………………….

**Bijwerkingen/Adverse Events (AEs)**

**Algemene vragen**

Hoe was uw ontlasting voorheen (vóór de *Clostridioides difficile* infectie)? ………………………………………

Hoe was uw ontlasting tijdens de infectie met *C. difficile*?....................................................................

Hoe is uw ontlasting nu (aantal weken na poeptransplantatie (FMT))? …………………………………………….

Vindt u uw huidige ontlastingspatroon een: *verbetering*, *verslechtering* of *hetzelfde* ten opzicht van uw oude ontlastingspatroon (van vóór de *C. difficile* infectie)?.............................................................

Bent u in de periode na de FMT in het ziekenhuis opgenomen geweest? Ja/Nee

Zo ja; wat was de reden? …………………………………………………………………………………………………………………..

Heeft u in de periode na de FMT een infectie ontwikkeld? Ja/Nee

Zo ja; welke en heeft u hier antibiotica voor gekregen?........................................................................

**Bijwerkingen/AEs op de dag van FMT na toedienen van FMT:**

* Had u last van misselijkheid of overgeven? Ja/Nee
	+ Was dit dusdanig dat u hierbij niet meer kon eten Ja/Nee
	+ Heeft u hierbij ook overgegeven, zo ja hoe vaak? Ja ……. Keer/Nee
	+ Heeft u zich hierbij verslikt? Ja/Nee
* Had u last van een opgeblazen gevoel? Ja/Nee
	+ Was dit: mild, matig (ADL\* enigszins limiterend) of hevig (ADL niet uit te voeren)
* Had u last van buikpijn? Ja/Nee
	+ Op een schaal van 1 tot 10 ………………
* Had u last van diarree? Ja/Nee
	+ Zo ja; hoe vaak, wat was de consistentie (brijig, waterdun), zat hier bloed bij

……………………………………………………………………………………………………

* Had u nog **andere klachten**? Ja/Nee
	+ Algemene beschrijving van eventuele klachten ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………...…..

**Bijwerkingen/AEs dagen na FMT (dag 2-6 na FMT)**

* Had u last van misselijkheid of overgeven? Ja/Nee
	+ Was dit dusdanig dat u hierbij niet meer kon eten Ja/Nee
	+ Heeft u hierbij ook overgegeven, zo ja hoe vaak? Ja ……. Keer/Nee
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had u last van buikpijn? Ja/Nee
	+ Op een schaal van 1 tot 10 ………………
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had u last van diarree? Ja/Nee
	+ Zo ja; hoe vaak, wat was de consistentie (brijig, waterdun), zat hier bloed bij

……………………………………………………………………………………………………

* + Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had u nog **andere klachten**? Ja/Nee
	+ Algemene beschrijving van eventuele klachten ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………...…..

**Bijwerkingen/AEs in de weken na FMT (week 1 tot follow-up van patiënt)**

* Had/heeft u last van misselijkheid of overgeven? Ja/Nee
	+ Was dit dusdanig dat u hierbij niet meer kon eten Ja/Nee
	+ Heeft u hierbij ook overgegeven, zo ja hoe vaak? Ja ……. Keer/Nee
	+ Hoe vaak had/heeft u hier last van (gehad)? Dagelijks/Regelmatig/incidenteel
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had/heeft u last van buikpijn? Ja/Nee
	+ Op een schaal van 1 tot 10 ………………
	+ Hoe vaak had/heeft u hier last van (gehad)? Dagelijks/Regelmatig/incidenteel
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had/heeft u last van diarree? Ja/Nee
	+ Zo ja; hoe vaak, wat was de consistentie (brijig, waterdun), zat hier bloed bij

…………………………………………………………………………………………………………………..

* + Hoe vaak had/heeft u hier last van (gehad)? Dagelijks/Regelmatig/incidenteel
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
* Had/heeft u last van obstipatie? Ja/Nee
	+ Hoe vaak had/heeft u hier last van (gehad)? Dagelijks/Regelmatig/incidenteel
	+ Is dit hetzelfde, meer of minder dan vóór de FMT? Hetzelfde/Meer/Minder
	+ Heeft u hiervoor laxeermiddelen genomen Ja/Nee
* Had/heeft u nog **andere klachten**? Ja/Nee
	+ Algemene beschrijving van eventuele klachten ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………...…..

FMT Fecale Microbiota Transplantatie

\*ADL Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen