



AFNAMEDATUM:/...../20..

ALGEMENE PIJNVRAGENLIJST

Geachte heer / mevrouw,

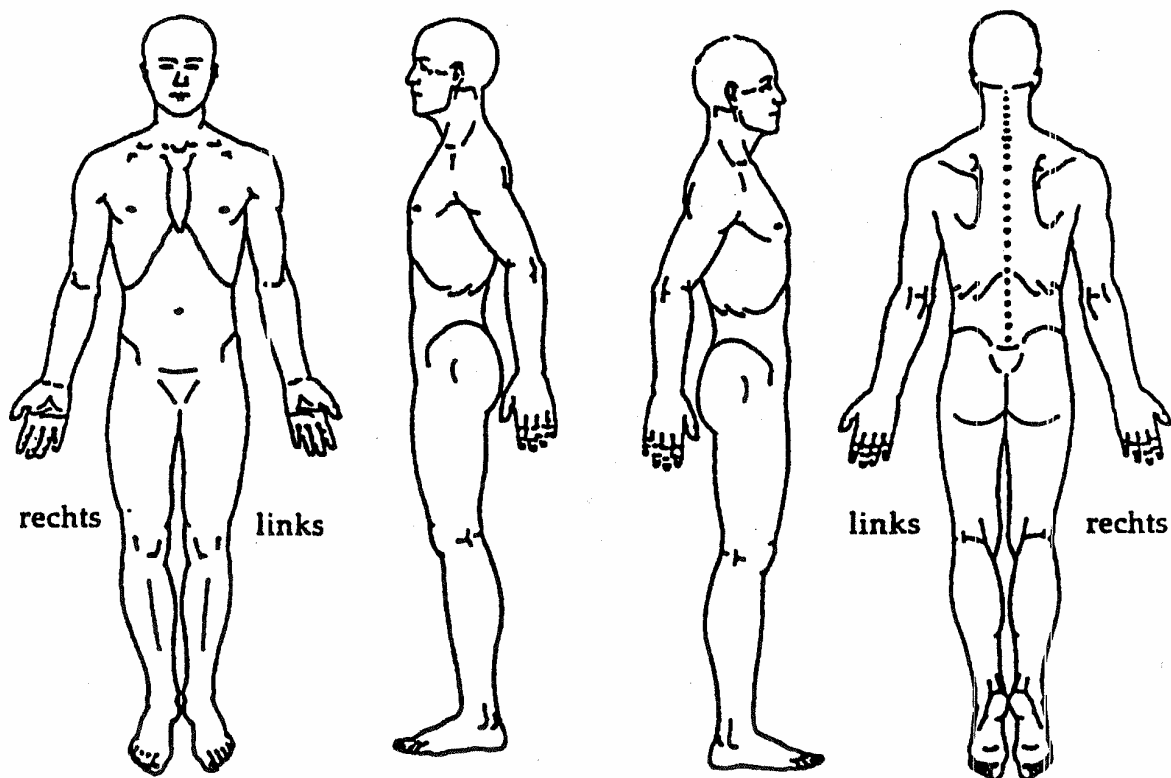
Met deze vragenlijst kunt u ons informatie verschaffen over uw pijnklachten. Pijn kan minder goed 'gemeten' worden en kan best door uzelf beschreven worden.

Gelieve deze vragenlijst juist en eerlijk in te vullen.

Deze vragenlijst is voor de arts een goede aanwijzing voor het stellen van uw diagnose en behandeling.

1. **Duid op de tekening aan WAAR uw pijn zich bevindt.**

Kleur de plaats van uw hoofdklacht en uw eventuele uitstralingspijn.

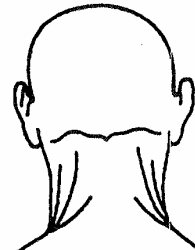
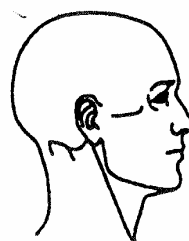
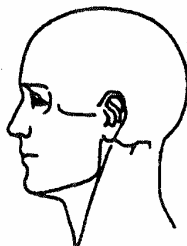
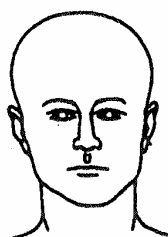


VOOR

LINKS

RECHTS

ACHTER



2. Uw algemene medische voorgeschiedenis en huidige situatie.

2.1. Welke operaties heeft u al ondergaan?

Jaar	Operatie	Arts en ziekenhuis

2.2. Wat heeft u nu of vroeger reeds gehad?

	Soort ziekte of aandoening
<input type="checkbox"/> hartziekte en vaatziekte	
<input type="checkbox"/> kwaadaardige aandoening / kanker	
<input type="checkbox"/> zenuwaandoening	
<input type="checkbox"/> maag of darmziekte	
<input type="checkbox"/> ziekte van de nieren / blaas	
<input type="checkbox"/> longaandoening	
<input type="checkbox"/> depressie	
<input type="checkbox"/> verslaving (vb medicatie, alcohol)	
<input type="checkbox"/> suikerziekte	
<input type="checkbox"/> hepatitis A of B of C	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

2.3. Welke medicamenten gebruikt u nu?

Naam	Dosis (hoeveel mg of g per pil)	Aantal per dag
<i>Voorbeeld : Dafalgan[®]</i>	<i>500 mg</i>	<i>4 x / dag</i>

2.4. Bent u allergisch aan een bepaald product of ontsmettingsstof?

<input type="checkbox"/> Ja, namelijk	<input type="checkbox"/> Neen
<input type="checkbox"/> ontsmettingsproduct:	
<input type="checkbox"/> medicatie:.....	
<input type="checkbox"/> voeding:.....	
<input type="checkbox"/> andere product, namelijk:	

2.5. Voor vrouwen: bent u zwanger of bestaat de kans dat u zwanger bent?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
-----------------------------	-------------------------------

2.6. Rookt u?

<input type="checkbox"/> Ja	Hoeveel? stuks / dag	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ik ben gestopt in
-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	---

3. Vragen over uw pijn.

3.1. Sinds wanneer heeft u de huidige klachten?

.....

3.2. Op welke plaats is de pijn in uw lichaam ontstaan?

.....
.....

Vormt de pijn een extra belasting om uw werk voldoende te kunnen uitoefenen?

<input type="checkbox"/> ja , omdat	<input type="checkbox"/> neen
.....	
.....	

3.3. Wat is volgens u de oorzaak van uw pijn?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ik zie geen oorzaak | <input type="checkbox"/> een ongeval |
| <input type="checkbox"/> ziekte | <input type="checkbox"/> een arbeidsongeval |
| <input type="checkbox"/> een operatie | <input type="checkbox"/> erfelijke oorzaak |
| <input type="checkbox"/> psychische belasting | |

3.4. Op welk tijdstip van de dag heeft u HET MEESTE pijn?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 's morgens bij het opstaan | <input type="checkbox"/> voor het slapengaan |
| <input type="checkbox"/> rond de middag | <input type="checkbox"/> rond middernacht |
| <input type="checkbox"/> in de late namiddag | <input type="checkbox"/> om 4 uur 's nachts |

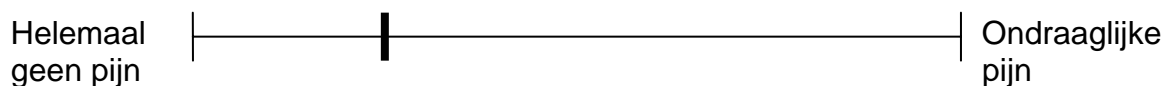
3.5. Hoe vaak heeft u last van uw pijn?

	Eenmalige periode van pijn en beperkt in duur. (1)
	Constante of bijna constante pijn, niet variërend van ernst. (2)
	Constante of bijna constante pijn, variërend van ernst. (3)
	Onregelmatig terugkerende episodes van pijn. (4)
	Regelmatig terugkerende episodes van pijn. (5)
	Plots kortdurende pijnaanvallen. (6)

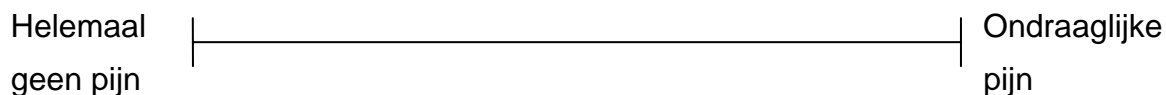
3.6. Hoeveel pijn heeft u? (VAS, uit de MPQ-DLV, Verkes, Vanderiet, e.a, 1989)

Hieronder op deze bladzijde ziet u een aantal lijnen getekend met links de woorden "helemaal geen pijn" en rechts de woorden "ondraaglijke pijn". De bedoeling is nu dat u op deze lijn één streepje zet om aan te geven hoeveel pijn u **nu, op dit moment** heeft, hoeveel **uw hoogste pijn** was de afgelopen week en **uw minste pijn** de afgelopen week.

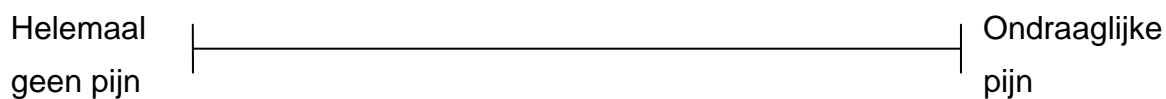
Voorbeeld : Ik heb een beetje pijn.



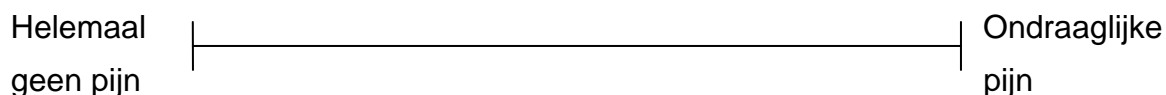
Hoeveel was uw **minst erge pijn** tijdens de **voorbije week**?



Hoeveel was uw **ergste pijn** tijdens de **voorbije week**?



Hoeveel pijn heeft u **nu, op dit moment**?



3.7. Hoe ervaart u die pijn? (uit de MPQ-DLV, Verkes, Vanderiet, e.a, 1989)

Hieronder op deze bladzijde staan twintig groepjes met woorden die gebruikt kunnen worden om pijn aan te duiden.

Elk groepje bevat woorden die verschillende soorten pijn aanduiden. De bedoeling is nu, dat u de woorden van elk groepje goed leest en nagaat of deze woorden van toepassing zijn op de pijn waar u op dit moment last van hebt.

Als er in een groepje twee of meer woorden op uw pijn van toepassing zijn, dan kiest u één woord dat het beste aangeeft wat voor pijn u precies hebt. Indien er geen enkel woord op uw pijn van toepassing is, dan vult u niets in en gaat u gewoon verder naar het volgende groepje woorden.

Het is dus niet de bedoeling dat u van elk groepje een woord aankruist.

<input type="checkbox"/> Kloppend
<input type="checkbox"/> Bonzend
<input type="checkbox"/> Barstend

<input type="checkbox"/> Trekkend
<input type="checkbox"/> Splijtend
<input type="checkbox"/> Scheurend

<input type="checkbox"/> Stijf
<input type="checkbox"/> Strak
<input type="checkbox"/> Krampend

<input type="checkbox"/> Verontrustend
<input type="checkbox"/> Beangstigend
<input type="checkbox"/> Angstaanjagend

<input type="checkbox"/> Opflikkerend
<input type="checkbox"/> Flitsend
<input type="checkbox"/> Schietend

<input type="checkbox"/> Branderig
<input type="checkbox"/> Brandend
<input type="checkbox"/> Vlammend

<input type="checkbox"/> Zeurend
<input type="checkbox"/> Knagend
<input type="checkbox"/> Hardnekkig

<input type="checkbox"/> Treiterend
<input type="checkbox"/> Kwellend
<input type="checkbox"/> Martelend

<input type="checkbox"/> Prikkend
<input type="checkbox"/> Stekend
<input type="checkbox"/> Doorborend

<input type="checkbox"/> Broeiend
<input type="checkbox"/> Gloeiend
<input type="checkbox"/> Verschroeiend

<input type="checkbox"/> Vermoeiend
<input type="checkbox"/> Afmattend
<input type="checkbox"/> Uitputtend

<input type="checkbox"/> Licht
<input type="checkbox"/> Matig
<input type="checkbox"/> Erg
<input type="checkbox"/> Enorm

<input type="checkbox"/> Scherp
<input type="checkbox"/> Snijdend
<input type="checkbox"/> Messcherp

<input type="checkbox"/> Koud
<input type="checkbox"/> Ijskoud
<input type="checkbox"/> Vriezend

<input type="checkbox"/> Ambetant
<input type="checkbox"/> Deprimerend
<input type="checkbox"/> Ziekmakend

<input type="checkbox"/> Draaglijk
<input type="checkbox"/> Hinderlijk
<input type="checkbox"/> Ontzettend
<input type="checkbox"/> Onhoudbaar

<input type="checkbox"/> Drukkend
<input type="checkbox"/> Knellend
<input type="checkbox"/> Snoerend

<input type="checkbox"/> Tintelend
<input type="checkbox"/> Jeukend
<input type="checkbox"/> Elektrisch

<input type="checkbox"/> Gespannen
<input type="checkbox"/> Benauwend
<input type="checkbox"/> Verstikkend

<input type="checkbox"/> Vervelend
<input type="checkbox"/> Ellendig
<input type="checkbox"/> Vreselijk
<input type="checkbox"/> Afgrijpselijk

4. Hoe is uw slaap?

	neen	soms	altijd
Ik heb inslaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb doorslaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik word wakker van de pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik slaap soms overdag of doe dutjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoeveel uur per nacht slaapt u (=vast slapen)? uur per nacht		
Hoeveel uur per dag ligt u neer in bed of in de zetel om te rusten (zonder echt te slapen)? uur overdag		

5. Welke factoren hebben een invloed op uw pijn?

	vermindert uw pijn	vermeerdert uw pijn	heeft geen invloed
Neerliggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten of niezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotselinge beweging maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huishoudelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaatselijke warmte (vb. kersenpitkussen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaatselijke koude (vb. ijskompresen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warm weer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koud weer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vochtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lezen of TV kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tegenslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress of spanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eenzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Voorafgaande behandelingen voor uw pijn.

6.1. Welke artsen en specialisten heeft u al geraadpleegd voor uw pijnprobleem?

Arts/specialist	Ziekenhuis	Wanneer

6.2. Wat werd er vroeger al gedaan aan uw pijnprobleem?

Behandelingen	Ziekenhuis	Wanneer

6.3. Welke medicatie heeft u **vroeger gebruikt om uw pijn te verlichten?**

Naam	Dosis (hoeveel mg of g per pil)	Hoeveel per dag
<i>Voorbeeld: Dafalgan[®]</i>	<i>500 mg</i>	<i>4x / dag</i>

6.4. Welke onderzoeken zijn al gebeurd?

Onderzoek	Waar	Wanneer
<input type="checkbox"/> Rx- foto		
<input type="checkbox"/> NMR		
<input type="checkbox"/> CT –scan		
<input type="checkbox"/> EMG		
<input type="checkbox"/>		

7. Sociale gegevens.

7.1 Vragen betreffende uw sociale context Hoe ziet uw gezinssituatie eruit?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alleenstaand | <input type="checkbox"/> samenwonend | <input type="checkbox"/> aantal kinderen:..... |
| <input type="checkbox"/> gescheiden | <input type="checkbox"/> gehuwd | |
| <input type="checkbox"/> weduw(e)(naar) | <input type="checkbox"/> nieuw samengesteld gezin | |

7.2 Welke inkomsten hebt u?

- Inkomsten uit eigen beroep/pensioen
 - o Mijn huidig beroep is:
 - o Mijn vroeger beroep was:
- Ziekte- of invaliditeitsuitkering
- Werkloosheidsuitkering
- OCMW-uitkering

7.3 Hoeveel keer heeft u de afgelopen vier weken omwille van uw pijn problematiek:

- Een geneesheer-specialist geraadpleegd?
- Een huisarts geraadpleegd?
- Een kinesitherapeut geraadpleegd?
- Beroep gedaan op gezinshulp?
- Beroep gedaan op poetshulp?
- Beroep gedaan op een dienst die warme maaltijden aan huis levert?
.....

7.4 Hoeveel dagen was u gedurende de afgelopen drie maanden omwille van uw pijnprobleem opgenomen in een ziekenhuis?

**Gelieve te controleren of je alle vragen hebt beantwoord.
Indien je nog vragen hebt, kan je steeds terecht bij een pijnverpleegkundige.
Bedankt voor de medewerking.**