



Multidisciplinair Pijn Centrum

IDENTIFICATIE PATIËNT

VOORNAAM:

NAAM:

GEBORTE DATUM:

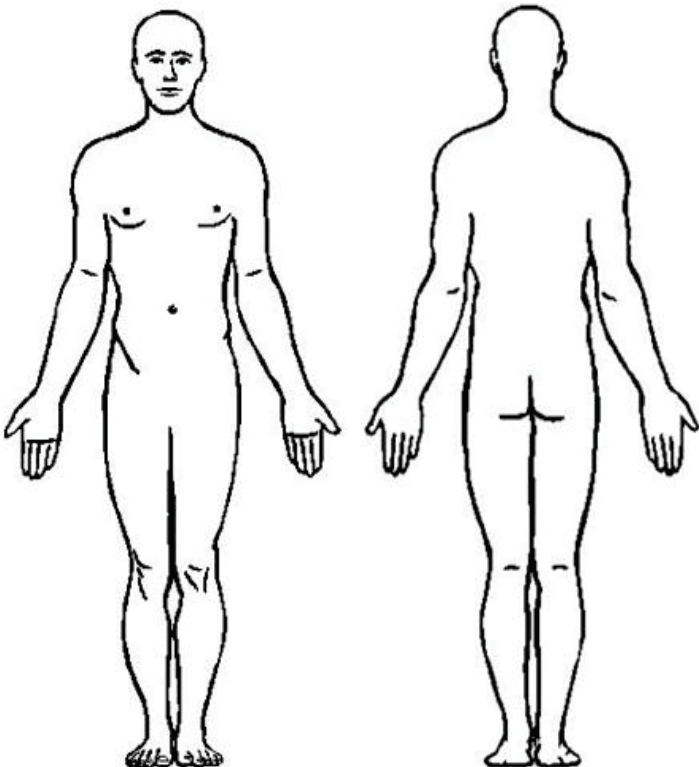
BEHANDELENDE ARTS: Dr. Callewaert Dr. Bruyndonckx
 Dr. Van Langenhove Dr. Pauwels

Vragenlijst voor nieuwe patiënten

Waar hebt u pijn?

Kunt u de pijnlijke zone op de prent nauwkeurig aanduiden met "////" en de pijnlijkste plaats met "+".

RECHTS LINKS LINKS RECHTS



Hoe zou u uw pijn omschrijven?

Gelieve aan te vinken in onderstaand kader. Er zijn meerdere opties mogelijk.

<input type="checkbox"/>		kloppend	<input type="checkbox"/>		zoals mieren
<input type="checkbox"/>		warmte	<input type="checkbox"/>		trekkend
<input type="checkbox"/>		koude	<input type="checkbox"/>		prikkend
<input type="checkbox"/>		nijpend	<input type="checkbox"/>		verscheurend
<input type="checkbox"/>		schietend	<input type="checkbox"/>		brandend
<input type="checkbox"/>		bonzend	<input type="checkbox"/>		klemmend
<input type="checkbox"/>		jeukend	<input type="checkbox"/>		snijdend
<input type="checkbox"/>		elektrische ontlading	<input type="checkbox"/>		andere:

Hoe lang hebt u deze pijn al?.....

Kunt u aanduiden hoeveel pijn u nu hebt? NRS: /10 *

Hoe erg was de ergste pijn die u de voorbije week hebt gehad? NRS: /10 *

* De NRS-pijnscore is een indeling op een schaal van 0 (geen pijn) tot en met 10 (meest erge pijn ooit gehad)

Hebt u tintelingen/voosheid/brandend gevoel/slapend gevoel? Ja / nee

Zo ja, waar?

Hebt u krachtsverlies? (bv Voorwerpen laten vallen? Doorzakkingsgevoel? Slepende voet of been?) Ja / nee

Zo ja, waar?

Belet de pijn u om te werken/huishoudelijke taken uit te oefenen?

.....

Slaapt u goed (met of zonder slaapmiddelen)?

Wordt u wakker van de pijn?

Bent u vroeger nog geopereerd geweest? Welke ingrepen?

.....

.....

.....

Hebt u een van onderstaande aandoeningen of symptomen?

- Hartziekten (beklemmend gevoel op borstkas, doorgemaakt infarct, ritmestoornissen,...)
- Longaandoeningen (astma, emfyseem, chronische bronchitis, kortademigheid,...)
- Suikerziekte (met of zonder insuline?)
- Te hoge bloeddruk
- Te hoog vetgehalte in uw bloed (bv te hoge cholesterol)
- Spier- of zenuwaandoeningen (bv ziekte van Parkinson, doorgemaakte beroerte, hersenbloeding,...)
- Depressie
- Recente infectie (van luchtwegen, maag- of darm, urinewegen, tandabces,...)
Zo ja, neemt u hiervoor antibioticum?
- Hebt u andere aandoeningen? Zo ja, welke?

Neemt u bloedverdunners? Zo ja, welke? Bent u deze gestopt? Zo ja, wanneer?

.....

Neemt u andere medicatie (o.m. pijnstillers)? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

.....

Is uw pijn beter met de pijnstillers die u inneemt?

Hebt u allergieën? Zo ja, waaraan? Bent u allergisch aan medicatie/ontsmetting/kleurstoffen?

.....

Enkel voor dames: is er een mogelijkheid dat u zwanger bent? Ja / nee

Wat is uw beroep/statuut? (bv. Gepensioneerd, zelfstandige, bediende, invalide, werkzoekend,...)

.....

Hebt u attesten nodig? (verzekering, sociaal verlof, brief adviseur,...)

.....

.....

Onderstaande stellingen hebben betrekkingen tot hoe u zich *de afgelopen week* heeft gevoeld bij het uitvoeren van bepaalde activiteiten. Gelieve verder aan te vullen:

1. Bij het uitvoeren van huishoudelijke taken voel ik mij...

(b.v. tuinieren, boodschappen doen, maaltijden bereiden, stofzuigen, afwassen e.d.)

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

2. Bij het uitvoeren van mijn hobby's of andere vrijetijdsbestedingen voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

3. Bij het uitvoeren van sociale activiteiten voel ik mij...

(b.v. feestjes, theater of concertbezoek, uit eten gaan e.d.)

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

4. Bij het uitoefenen van mijn beroep voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

5. Bij het liggen in bed of zitten op een stoel of in de zetel voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

6. Bij het bukken of reiken naar voorwerpen voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

7. Bij het verplaatsen van voorwerpen van 3 kg of meer voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

8. Bij het uitvoeren van activiteiten waar ik langdurig moet rechtstaan voel ik mij...

Niet beperkt Licht beperkt Ernstig beperkt Niet van toepassing

Geef voor onderstaande bewering uw mening.

9. De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak.

In hoge mate mee oneens enigszins mee oneens enigszins mee eens

in hoge mate mee eens

Volgende vragen peilen naar uw beroeps- en gezinsfunctioneren m.b.t. uw pijn. Gelieve verder aan te vullen.

Krijgt u hulp bij de uitvoering van uw dagelijkse activiteiten van anderen

i.v.m. de pijnklachten? (u mag meerdere antwoorden aankruisen)

nee

ja, van partner, gezinslid/leden of familie/vrienden

ja, van betaalde hulp (bijv. thuiszorg: poetsdienst, gezinshulp, klusjesdienst)

ja, andere hulp, namelijk _____

Maakt u gebruik van een dienst thuisverpleging?

nee

ja, dagelijks

soms

Werkt u momenteel of geniet u een ziekte- of invaliditeitsuitkering?

- ja, ik werk momenteel
- ik geniet een ziekte-uitkering
- ik geniet een invaliditeitsuitkering
- pensioen, andere:

Als u aan uw werkvermogen (zowel dagelijkse activiteiten thuis als arbeid buitenshuis) in de beste periode van uw leven 10 punten geeft, hoeveel punten zou u dan aan uw werkvermogen op dit moment toekennen? (selecteer één antwoord)

01 02 03 04 05 06 07 08 09 010

Heeft u reeds contact gehad met een sociale dienst voor aanvraag van sociale voordelen en/of tegemoetkomingen b.v. parkeerkaart, aanvraag Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, e.a.

- ja
- neen

Toekomstverwachting? (u mag meerdere antwoorden aankruisen)

- niet haalbaar om terug aan het werk te gaan
- terug aan het werk gaan
- een opleiding volgen
- deeltijds werken

Onderstaande stellingen gaan over de beleving van uw pijn. Gelieve aan te duiden of een stelling wel of niet van toepassing is bij u.

	JA	NEE
Ik kan de pijn moeilijk uit mijn gedachten krijgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik probeer onnodige bewegingen te vermijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel mij vaak gespannen en maak mij zorgen over de pijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben ontmoedigd over de toekomst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ken geen enkele manier om met mijn pijn om te gaan en/of deze een beetje te verlichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik krijg weinig begrip en ondersteuning vanuit mijn omgeving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan mezelf niet meer zijn door de pijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan de pijn geen plaats geven in mijn leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het soms zwaar door de pijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De pijn hindert mij in mijn dagelijkse activiteiten en sociale contacten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Gelieve dit document mee te brengen bij uw eerste behandeling in de pijnkliniek.