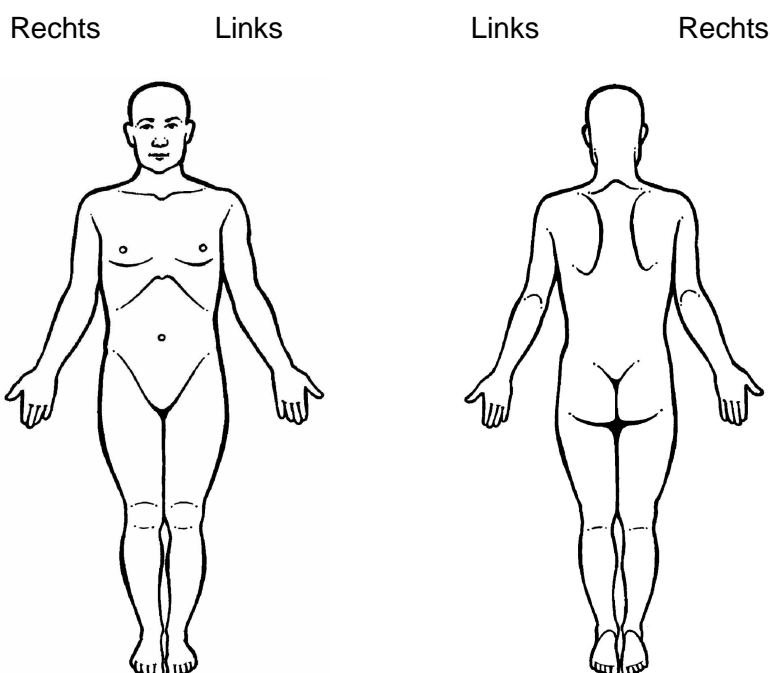


## Pijnvragenlijst

Geachte,

Met deze vragenlijst kunt u ons informatie geven over uw pijnklachten. Omdat pijn niet zo heel goed gemeten kan worden, is het belangrijk voor ons dat u uw pijn probeert te omschrijven. Probeer deze vragenlijst zo correct mogelijk in te vullen. Dank u.

1. **WAAR HEEFT U PIJN?** (op tekening aangeven, indien van toepassing op meerdere plaatsen)



2. **SINDS WANNEER HEEFT U DEZE PIJNKLACHTEN?**
- .....

3. **HOE IS UW PIJN ONTSTAAN?**

- geleidelijk
- plotseling

4. **HOE VAAK HEEFT U LAST VAN UW PIJN?**

- Constant, ik ben nooit pijnvrij.
- Constant, maar ik ben soms volledig pijnvrij na een behandeling of na het nemen van medicatie.
- Bijna de hele tijd, maar ik ben soms volledig pijnvrij als ik gedurende enkele uren rust.
- Bijna elke dag, maar ik ben soms enkele dagen pijnvrij.
- Bijna elke week, maar ik ben soms enkele weken pijnvrij.
- De pijn is wisselend van ernst maar is nooit helemaal weg.
- De pijn is steeds even erg aanwezig.

### 5. HOE ZOU U DE PIJN DIE U VOELT HET BESTE KUNNEN OMSCHRIJVEN?

- |                                     |                                     |                                     |                                       |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> elektrisch | <input type="checkbox"/> prikkelend | <input type="checkbox"/> drukkend   | <input type="checkbox"/> tintelend    | <input type="checkbox"/> scherp   |
| <input type="checkbox"/> zeurend    | <input type="checkbox"/> flitsend   | <input type="checkbox"/> stekend    | <input type="checkbox"/> knellend     | <input type="checkbox"/> brandend |
| <input type="checkbox"/> snijdend   | <input type="checkbox"/> knagend    | <input type="checkbox"/> schietend  | <input type="checkbox"/> doorborend   | <input type="checkbox"/> snoerend |
| <input type="checkbox"/> vlammend   | <input type="checkbox"/> messcherp  | <input type="checkbox"/> Hardnekkig | <input type="checkbox"/> zoals mieren | <input type="checkbox"/> trekkend |
| <input type="checkbox"/> warm       | <input type="checkbox"/> jeukend    | <input type="checkbox"/> prikkend   |                                       |                                   |

### 6. ALS U UW PIJN UITDRUKT IN EEN CIJFER TUSSEN 0 EN 10, WAARBIJ 0 BETEKENT DAT U GEEN PIJN HEEFT EN 10 BETEKENT DAT U DE ERGSTE PIJN HEEFT DIE U ZICH KUNT VOORSTELLEN, HOEVEEL PIJN HEEFT U DAN?

- op dit moment? .....
- gemiddeld de afgelopen week? .....
- als uw pijn het minst erg is? .....
- als uw pijn op zijn ergst is? .....

### 7. WAARDOOR DENKT U DAT UW PIJN WORDT VEROORZAAKT?

.....

### 8. ZIJN ER FACTOREN DIE DE PIJN VERERGEREN?

.....

### 9. ZIJN ER FACTOREN DIE UW PIJN VERBETEREN?

.....

### 10. BELEMMERDE DE PIJN U DE AFGELOPEN WEEK BIJ HET ...

- |   |                              |                                 |                                   |                               |
|---|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| a. inslapen   | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| b. doorslapen   | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| c. werd u de afgelopen week 's morgens wakker met pijn? | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |

### 11. BELEMMERDE DE PIJN U DE AFGELOPEN WEEK BIJ ...

- |  |                              |                                 |                                   |                               |
|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| a. bij normale houding en beweging             | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| b. bij normale eetgewoonten                    | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| c. bij normale bezigheden en/of werkzaamheden? | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| d. in contacten met anderen                    | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |

### 12. WAS U DE AFGELOPEN WEEK DOOR UW PIJN...

- |                          |                              |                                 |                                   |                               |
|--------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| a. gespannen             | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| b. somber                | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| c. zenuwachtig           | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| d. boos                  | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| e. minder geconcentreerd | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| f. angstig               | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| g. futloos               | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| h. anders, nl .....      | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |

**13. WELKE MEDICATIE GEBRUIKT U NU?**

Naam medicament	dosis (hoeveel mg)	aantal per dag

**14. HAD U DE AFGELOPEN WEEK LAST VAN BIJWERKINGEN VAN DE PIJNBEHANDELING, ZOALS:**

- |                       |                              |                                 |                                   |                               |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Hoofdpijn             | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Verwardheid           | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Sufheid               | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Duizeligheid          | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Droge mond            | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Jeuk                  | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Misselijkheid/ braken | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Maagpijn              | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Obstipatie            | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |
| Andere, nl.....       |                              | <input type="checkbox"/> beetje | <input type="checkbox"/> tamelijk | <input type="checkbox"/> veel |

**15. BENT U IN BEHANDELING VOOR ANDERE AANDOENINGEN?**

- nee
- ja welke:
- hart of vaatziekten
  - kwaadaardige aandoeningen
  - maag of darmziekten
  - ziekten van de nieren of blaas
  - longaandoeningen
  - suikerziekten
  - besmettelijke ziekten
  - andere

**16. BENT U VROEGER REEDS GEOPEREERD?**

- nee
- ja Zo ja, welke operatie en wanneer?

.....

.....

**17. BENT U MOGELIJKS ZWANGER? ?**  nee  ja

**18. BENT U ALLERGISCH VOOR BEPAALDE PRODUCTEN?**

- nee
- ja
- ontsmettingsmiddelen Welke? Reactie? .....
  - medicatie Welke? Reactie? .....
  - andere .....