



máxima
medisch centrum

vragenlijst

multidisciplinair hoofdpijnspreekuur MMC

versie 1.0

Instructie

U bent verwezen naar het multidisciplinair hoofdpijnspreekuur van Máxima Medisch Centrum. Om uw afspraak op de polikliniek zo goed mogelijk te laten verlopen, vragen wij u om de **bijgevoegde vragenlijst thuis in te vullen en ingevuld mee te brengen naar het hoofdpijnspreekuur.**

Met behulp van de ingevulde vragenlijst kan een betere inschatting gemaakt worden over het behandeltraject. De informatie die met deze vragenlijst wordt verkregen, maakt deel uit van uw onderzoek op het multidisciplinair hoofdpijnspreekuur. Zonder deze informatie kunnen wij u niet goed adviseren.

Meestal kunt u het hokje aankruisen voor het antwoord dat het best op u van toepassing is. Wanneer u op een andere manier de vraag moet beantwoorden, wordt dit bij de vraag aangegeven. Het gaat daarbij steeds om uw mening en beleving. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met de poli neurologie: 040-8888410.

Uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Met vriendelijke groet,

Mw. E.F.J. Raaijmakers, neuroloog

Mw. L. Wagener, neuroloog

Mw. C. Tuerlings, hoofdpijnverpleegkundige

Mw. S.C. van Kempen, GZ-psycholoog

Mw. H.G. Ypenga, klinisch psycholoog-psychotherapeut

Dhr. J. van der Sanden, fysiotherapeut

UW PERSOONLIJKE GEGEVENS:

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht: man/vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

Datum invullen vragenlijst:-.....-20.....

- Ik heb geen bezwaar tegen het anoniem gebruiken van gegevens uit de vragenlijst voor wetenschappelijk onderzoek
- Ik heb wel bezwaar tegen het anoniem gebruiken van gegevens uit de vragenlijst voor wetenschappelijk onderzoek

Handtekening:

.....

Van wie is het initiatief om u aan te melden voor het multidisciplinair hoofdpijnspreekuur?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk

- de huisarts
- een medisch specialist, namelijk.....
- het is mijn eigen initiatief; ik heb 't aan mijn huisarts/neuroloog gevraagd
- iemand uit mijn directe omgeving heeft mij dit geadviseerd
- anders, namelijk.....

1. Hoe lang heeft u hoofdpijnklachten?

weken / maanden / jaren (doorhalen wat niet van toepassing is)

2. Komt uw hoofdpijn in aanvallen?

- ja
- nee

3. Waar zit de hoofdpijn meestal? (meerdere antwoorden mogelijk)

- aan beide zijden van het hoofd
- aan één zijde van het hoofd

- voorhoofd
- achterhoofd; onderaan bij de nek
- achterhoofd
- boven het oor
- bovenop het hoofd
- boven / achter het oog
- niet goed aan te geven

4. Wat is de aard van de hoofdpijn? (meerdere antwoorden mogelijk)

- kloppend / bonzend
- stekend / borend
- klemmend / drukkend
- anders

5. Hoe zou u de ernst van uw hoofdpijn aangeven op een schaal van 1 tot 10?

geringe ernst 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 zeer ernstig

6. Op welk moment van de dag is de hoofdpijn het ergste? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 's morgens / bij wakker worden
- 's middags
- 's avonds
- wisselt

7. Heeft u voorafgaand aan uw hoofdpijn last van (meerdere antwoorden mogelijk)

- visuele verschijnselen (zoals lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
- spraakstoornissen (zoals stotteren, praten met dubbele tong)
- uitvalsverschijnselen (zoals tintelingen, verlamming of spierslapte in één lichaamshelft)

8. Als u last heeft van bovenstaande verschijnselen, hoe vaak wordt uw hoofdpijn hieraan voorafgegaan?

- soms
- bijna altijd

9. Hoe lang duren deze verschijnselen dan?

- < 15 minuten
- 30 – 60 minuten
- 15 – 30 minuten
- > 60 minuten

16. Welke medicijnen heeft u in het verleden gebruikt voor de hoofdpijn?

Naam medicatie	Dosis / sterkte	Gebruikt van... tot...	Effect
			ja/nee
			ja/nee
			ja/nee
			ja/nee
			ja/nee
			ja/nee

17. Welke behandelingen heeft u tot nu toe gehad voor uw hoofdpijn? Hebben deze behandelingen effect gehad?

Behandeling	Wanneer (jaartal)	Effect op hoofdpijn? (ja/nihil/nee)	Hoe lang heeft de behandeling effect gehad?	Hoeveel behandelingen heeft u gehad?
<i>voorbeeld: fysiotherapie</i>	<i>2012</i>	<i>ja</i>	<i>3 maanden</i>	<i>7</i>

18. Slaat u vaak een maaltijd over?

- ja
- nee

19. Hoeveel uren slaapt u gemiddeld per nacht?

... uren

20. Wordt u 's nachts wakker?

- vrijwel nooit
- vrijwel altijd

21. Wordt u uitgerust wakker?

- ja
- nee

22. Valt u overdag in slaap?

- ja
- nee

23. Snurkt u?

- ja
- nee

24. Heeft ooit iemand vertelt dat u even stopt met ademen tijdens de slaap?

- ja
- nee

25. Bent u onder behandeling van een medisch specialist (geweest)?

- ja, voor ...
- nee

26. Bent u eerder opgenomen geweest in een ziekenhuis?

- ja, voor ...
- nee

27. Bent u zwanger?

- ja
- nee

28. Neemt u naast de hoofdpijnmedicatie nog andere medicijnen?

Naam medicatie	Dosis / sterkte	Wanneer gestart

29. Komt hoofdpijn voor bij naaste familieleden?

- ja, bij ...
- nee

30. Rookt u?

- ja, ... sigaretten per dag
- nee

31. Drinkt u alcohol?

- ja, ... glazen per week
- nee

32. Gebruikt u drugs?

- ja, namelijk ...
- nee

33. Drinkt u (meerder antwoorden mogelijk)

- koffie zo ja, koppen per dag
- thee zo ja, koppen per dag
- cola zo ja, glazen per dag
- ijsthee zo ja, glazen per dag
- energiedrankjes zo ja, glazen per dag

34. Heeft u andere lichamelijke klachten dan hoofdpijn? Vul dan onderstaande tabel in.

Klacht	Sinds wanneer?

35. Welke uitspraak is het meest op u van toepassing?

- wanneer ik hoofdpijn heb, ga ik zo lang mogelijk door met wat ik aan het doen ben of moet doen (bijv. werken, huishouden)
- wanneer ik hoofdpijn heb, stop ik mijn activiteiten, omdat ik nauwelijks tot iets in staat ben
- ik herken me niet in deze twee uitspraken.

36. Denkt u zelf dat stress een negatief effect op uw hoofdpijn heeft?

- nee
- ja

37. Denkt u dat een psycholoog u zou kunnen helpen in de behandeling van uw hoofdpijn?

- nee
- misschien
- ja

38. Krijgt u weleens negatieve reacties op uw hoofdpijn van uw partner, kinderen, vrienden of kennissen of op uw werk?

- ja
- nee

39. Hoeveel dagen moet u zich per maand gemiddeld ziek melden van werk/opleiding vanwege de hoofdpijn?

... dagen

40. Volgt u momenteel een opleiding?

- ja ...
- nee

(welke, waar, wanneer)

41. Heeft u werk?

- ja ...
- nee

(wat en hoeveel uur)

42. Doet u vrijwilligers werk of volgt een opleiding?

- ja, voor ... uur per week.
- nee

43. Wat is uw hoogst behaalde opleiding?

...

44. Heeft u een partner?

- ja
- nee

45. Heeft u nu of in het verleden ooit professionele hulp gekregen van een psycholoog, maatschappelijk werker, of een psychiater?

- nee
- ja, in verband met.....in.....(jaartal)

46. Hebben zich in het afgelopen jaar gebeurtenissen voorgedaan die nu nog spanning (positief of negatief) opleveren?

- nee
- ja, (gaarne gebeurtenissen vermelden)...

47. Heeft u door bovenstaande gebeurtenissen meer hoofdpijn gekregen?

- ja
- nee

48. Heeft u ooit medicatie gekregen vanwege psychische problemen?

- nee
- ja

HIT-6tm Hoofdpijn impact test

Deze HIT-6 vragenlijst is ontwikkeld om u te helpen beschrijven en uit te drukken hoe u zich voelt en wat vanwege hoofdpijn niet kunt doen.

Om de vragenlijst in te vullen graag één antwoord per vraag aankruisen.

<p>1. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak is de pijn dan hevig?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
<p>2. Hoe vaak wordt u door hoofdpijn beperkt in uw vermogen om gebruikelijke dagelijkse activiteiten te doen, zoals het huishouden, werk, studie/opleiding of sociale activiteiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
<p>3. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak wenst u dan dat u zou kunnen gaan liggen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
<p>4. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken heeft u zich te moe gevoeld om uw werk of dagelijkse activiteiten te doen vanwege hoofdpijn?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
<p>5. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken was u het beu of voelde u zich geïrriteerd vanwege hoofdpijn?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
<p>6. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken werd u door hoofdpijn beperkt in uw vermogen om u te concentreren op uw werk of dagelijkse activiteiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zeer vaak <input type="checkbox"/> Altijd</p>				
(6 punten per antwoord) totaal kolom 1	(8 punten per antwoord) totaal kolom 2	(10 punten per antwoord) totaal kolom 3	(11 punten per antwoord) totaal kolom 4	(13 punten per antwoord) totaal kolom 5
<p>Totaal score kolom Tel voor de score de punten voor antwoord in iedere kolom op</p>				
Hoe hoger de score hoe groter de impact op uw leven			Scores liggen tussen 36 en 78	

HADS vragenlijst

Deze vragenlijst is bedoeld om een indruk te krijgen hoe u zich voelt

Lees iedere vraag goed door en zet een kruis in het vakje bij het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen week gevoeld heeft.

Denk niet te lang na over uw antwoord. Uw eerste vraag is waarschijnlijk betrouwbaarder dan een lang doordacht antwoord.

1. Ik voel me gespannen:	<input type="radio"/> 3 Meestal <input type="radio"/> 2 Vaak <input type="radio"/> 1 Af en toe, soms <input type="radio"/> 0 Helemaal niet
2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:	<input type="radio"/> 0 Zeker zoveel <input type="radio"/> 1 Niet zoveel als vroeger <input type="radio"/> 2 Weinig <input type="radio"/> 3 Haast helemaal niet
3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:	<input type="radio"/> 3 Heel zeker en vrij erg <input type="radio"/> 2 Ja, maar niet zo erg <input type="radio"/> 1 Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over. <input type="radio"/> 0 Helemaal niet
4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien	<input type="radio"/> 0 Net zoveel als vroeger <input type="radio"/> 1 Niet zo goed als vroeger <input type="radio"/> 2 Beslist niet zoveel als vroeger <input type="radio"/> 3 Helemaal niet
5. Ik maak me vaak ongerust:	<input type="radio"/> 3 Heel erg vaak <input type="radio"/> 2 Vaak <input type="radio"/> 1 Af en toe, maar niet te vaak <input type="radio"/> 0 Alleen soms
6. Ik voel me opgewekt:	<input type="radio"/> 3 Helemaal niet <input type="radio"/> 2 Niet vaak <input type="radio"/> 1 Soms <input type="radio"/> 0 Meestal
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:	<input type="radio"/> 0 Zeker <input type="radio"/> 1 Meestal <input type="radio"/> 2 Niet vaak <input type="radio"/> 3 Helemaal niet
8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:	<input type="radio"/> 3 Bijna altijd <input type="radio"/> 2 Heel vaak <input type="radio"/> 1 Soms <input type="radio"/> 0 Helemaal niet
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:	<input type="radio"/> 0 Helemaal niet <input type="radio"/> 1 Soms <input type="radio"/> 2 Vrij vaak <input type="radio"/> 3 Heel vaak
10. Ik heb geen interesse meer in mijn	<input type="radio"/> 3 Zeker

Ga naar volgende pagina !

uiterlijk:	<input type="radio"/> 2 Niet meer zoveel als ik zou moeten <input type="radio"/> 1 Waarschijnlijk niet zoveel <input type="radio"/> 0 Evenveel interesse als vroeger
11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:	<input type="radio"/> 3 Heel erg <input type="radio"/> 2 Tamelijk veel <input type="radio"/> 1 Niet erg veel <input type="radio"/> 0 Helemaal niet
12. Ik verheug me van te voren al op dingen:	<input type="radio"/> 0 Net zoveel als vroeger <input type="radio"/> 1 Een beetje minder dan vroeger <input type="radio"/> 2 Zeker minder dan vroeger <input type="radio"/> 3 Bijna nooit
13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:	<input type="radio"/> 3 Zeer vaak <input type="radio"/> 2 Tamelijk vaak <input type="radio"/> 1 Niet erg vaak <input type="radio"/> 0 Helemaal niet
14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:	<input type="radio"/> 0 Vaak <input type="radio"/> 1 Soms <input type="radio"/> 2 Niet vaak <input type="radio"/> 3 Heel zelden
Totaal score oneven vragen Max 21	
Totaal score even vragen Max 21	