



## Multidisciplinair Pijn Centrum

### IDENTIFICATIE PATIËNT

VOORNAAM: .....

NAAM: .....

GEBORTE DATUM: .....

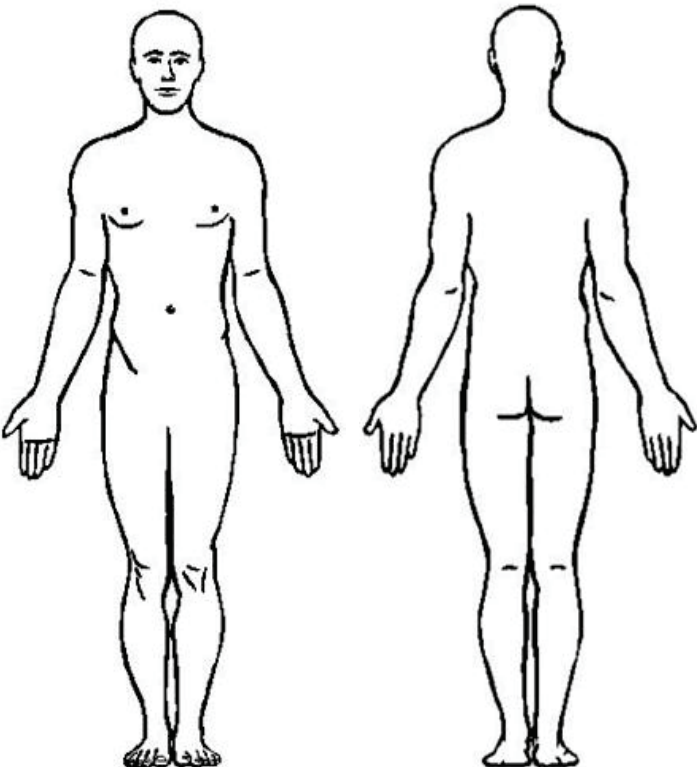
BEHANDELENDE ARTS:     Dr. Callewaert                       Dr. Bruyndonckx  
     Dr. Van Langenhove             Dr. Pauwels

### 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.**

	<b>JA</b>	<b>NEE</b>
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.***