

sticker met patiëntgegevens

Datum:

Verpleegkundige:

Vragenlijst Hoofdpijn Centrum Zutphen

Instructie: Wilt u de ingevulde vragenlijst alstublieft binnen twee weken na ontvangst terug zenden in bijgevoegde antwoordenvolp? Een postzegel is niet nodig!

Invullen: wanneer **er meerdere** antwoordmogelijkheden zijn aangegeven, kruis dan de antwoorden aan die het **meest** van toepassing zijn.

Vragen over uw hoofdpijnlachten

1 Op welke leeftijd zijn uw hoofdpijnlachten begonnen?

.....

2. Komt uw hoofdpijn in aanvallen?

- ja, ga verder met vraag 3 t/m11
- nee, ga verder met vraag 12

3. Hoelang duren uw hoofdpijnaanvallen meestal?

- ½ uur / ¾ uur / 1 uur / 2 uur
- 4 uur – 1 dag
- 1 /2 /3 /4 dagen
- langer dan 4 dagen

4 Hoe vaak hebt u een aanval?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> < 1 keer per jaar | <input type="checkbox"/> 1 keer per maand |
| <input type="checkbox"/> 1-4 keer per jaar | <input type="checkbox"/> 2-4 keer per maand |
| <input type="checkbox"/> 5-11 keer per jaar | |
| <input type="checkbox"/> 1-2 keer per week | <input type="checkbox"/> dagelijks |
| <input type="checkbox"/> 3-5 keer per week | <input type="checkbox"/> meerdere aanvallen per dag |

5. Hebt u voorafgaand aan uw aanvallen last van auraklachten?

- Lichtflitsen, schitteringen voor de ogen
- Spraakstoornissen
- Uitvalsverschijnselen(tintelingen, verlamming of slapte in lichaamshelft)
- Geen klachten; ga door met vraag 8

6. Hoe vaak komen de verschijnselen van vraag 5 bij uw hoofdpijnaanvallen voor?

- Soms
- Bij ongeveer de helft van mijn aanvallen
- Bij (bijna) iedere aanval

7. Hoe lang duren deze verschijnselen?

- 0-15 minuten
- 16-60 minuten
- meer dan 60 minuten

8. Zijn de auraklachten in de afgelopen 2 jaar veranderd?.....

.....

.....

9. Waar zit uw **aanvalsgewijze** hoofdpijn meestal op het moment dat deze aanwezig is?

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

10. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal in uw hoofd zit. Kruis aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> voorhoofd | <input type="checkbox"/> achterhoofd/nek |
| <input type="checkbox"/> boven op het hoofd | <input type="checkbox"/> zijkant van het hoofd/slaap |
| <input type="checkbox"/> boven/achter het oog | <input type="checkbox"/> niet goed aan te geven |

11. Hoe voelt de hoofdpijn aan? Kruis aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kloppend | <input type="checkbox"/> bonzend |
| <input type="checkbox"/> stekend | <input type="checkbox"/> priemend |
| <input type="checkbox"/> klemmend | <input type="checkbox"/> drukkend |
| <input type="checkbox"/> als een band om het hoofd | |
| <input type="checkbox"/> zeurend | |
| <input type="checkbox"/> anders..... | |

12. Is uw hoofdpijn (vrijwel) continue aanwezig?

- ja, ga verder met vraag 13 t/m15
- nee, ga verder met vraag 16

13. Waar zit uw (vrijwel) continue hoofdpijn meestal op het moment dat deze aanwezig is?

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

14. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal in uw hoofd zit. Kruis aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> voorhoofd | <input type="checkbox"/> achterhoofd/nek |
| <input type="checkbox"/> boven op het hoofd | <input type="checkbox"/> zijkant van het hoofd/slaap |
| <input type="checkbox"/> boven/achter het oog | <input type="checkbox"/> niet goed aan te geven |

15. Hoe voelt de hoofdpijn aan? Kruis aan wat van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kloppend | <input type="checkbox"/> bonzend |
| <input type="checkbox"/> stekend | <input type="checkbox"/> priemend |
| <input type="checkbox"/> klemmend | <input type="checkbox"/> drukkend |
| <input type="checkbox"/> als een band om het hoofd | |
| <input type="checkbox"/> zeurend | |
| <input type="checkbox"/> anders..... | |

De volgende vragen gelden zowel voor aanvalsgewijze als(vrijwel) continue hoofdpijn.

16. Is de hoofdpijn in de afgelopen 2 jaar veranderd? Is de soort pijn of de locatie van de pijn veranderd?

.....

.....

.....

.....

17. Op welk moment van de dag heeft u vooral hoofdpijn?

- 's morgens bij het opstaan
- 's middags
- 's avonds en 's nachts
- het wisselt
- ik heb de hele dag hoofdpijn

18. Neemt de ernst van uw hoofdpijn toe bij lichamelijke inspanning zoals traplopen?

- nee, blijft hetzelfde
- ja

19. Hoe zou u de ernst van uw hoofdpijn omschrijven?

- Licht
- Matig
- Ernstig
- Zeer ernstig

Omcirkel een cijfer voor de ernst van uw hoofdpijn; 1 is nauwelijks pijn, 10 is ondraaglijk heftige pijn:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Zijn er voor uw gevoel invloeden die uw hoofdpijn mogelijk kunnen veroorzaken?

- nee
- ja, namelijk

21. Zijn er invloeden die de hoofdpijn doen verminderen?

.....
.....
.....
.....

22. Wordt u gehinderd in uw dagelijkse activiteiten door de hoofdpijn?

.....
.....
.....
.....

Medicatiegebruik

22. Welke pijnstillers gebruikt u tegen uw hoofdpijn?

- ik gebruik geen pijnstillers (ga verder met vraag 24)
- ik gebruik (naam pijnstillers)

23. Hoe vaak gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?

- < 1 dag per maand
- 1-3 dagen per maand
- 3-5 dagen per maand

- 5-10 dagen per maand
- 15 dagen of meer per maand
- dagelijks

22. Welke andere medicatie gebruikt u **buiten** uw hoofdpijnmedicatie? (bijvoorbeeld de pil, hartmedicatie, longmedicatie enz.)

.....

.....

.....

24. Hebt u in het verleden nog andere pijnstillers gebruikt tegen uw hoofdpijn (probeer dit eventueel te achterhalen via uw huisarts of apotheek?)

- ik gebruikte geen pijnstillers
- ik gebruikte in het verleden (naam pijnstillers).....

.....

.....

N.B.: Stuur alstublieft een lijst mee van de pijnstillers die u op dit moment en die u in het verleden heeft gebruikt. Deze lijsten kunt u verkrijgen bij uw apotheek.

Vragen over zorgverleners

25. Wie heeft u in het verleden al bezocht in verband met uw hoofdpijnklachten, en wat waren de **bevindingen en/of behandelingen** van deze zorgverleners?

- huisarts : bevindingen
- neuroloog : bevindingen
- keel-, neus- en oorarts : bevindingen
- tandarts : bevindingen
- psycholoog : bevindingen
- fysiotherapeut :effect O ja O nee O tijdelijk effect
- acupuncturist :effect O ja O nee O tijdelijk effect
- yogatrainer :effect O ja O nee O tijdelijk effect
- anders, namelijk:.....

.....

26. Is er het verleden bij u al eens CT- of MRI-scan gemaakt van de hersenen?

- Nee
- Ja, een scan

Deze is gemaakt in.....

Bevindingen.....

Vragen ten aanzien van uw burgerlijke staat / werksituatie

27. Burgerlijke staat:

- Samenwonend getrouwd
- Alleenstaand
- Alleenstaand/wel partner

28. Voor vrouwen : bent u zwanger?

- nee
- ja
- nee, maar wel plannen daartoe

29. Hebt u een betaalde baan?

- ja
- nee

30. Hebt u een WAO-uitkering?

- ja, volledig
- ja, gedeeltelijk
- nee (ga verder met vraag 32)

31. In verband met welke gezondheidsklachten heeft u een WAO-uitkering?

.....
.....

32. Hoeveel uur werkt u per week? uur

33. Wat is uw beroep en waaruit bestaan uw werkzaamheden?

.....
.....

34. Moet u wel eens verzuimen om naar uw werk te gaan in verband met hoofdpijnklachten?

- nee
- Ja, afgelopen jaar gemiddeld keer per week / maand / jaar

Vragen ten aanzien van uw leefgewoontes en lichamelijke conditie

35. Hoeveel rookt u per dag?

- rook niet
- rooksigaretten / sigaar / pijp per dag
- heb gerookt maar ben gestopt sinds

36. Hoeveel glazen alcohol gebruikt u per week?

- drinkt niet
- drinkt glazen alcohol per week

37. Gebruikt u drugs?

- nee
- ja soort:

38. Hoeveel kopjes koffie of cafeïne houdende dranken (zoals cola/energydrink) drinkt u per dag?

- geen koffie of cafeïne houdende dranken
- kopjes koffie per dag
- kopjes cafeïne houdende dranken per dag

39. Hoeveel kopjes thee of ice-tea drinkt u per dag?

- geen thee of ice-tea
-kopjes thee per dag
-kopjes Ice Tea per dag

40. Hoeveel minuten wandelt en/of fietst u dagelijks?

- wandel en/of fiets nauwelijks
- wandel en/of fiets dagelijks minuten

41. Welke sport beoefent u en hoe vaak per week?

- doe niet aan sport
- doekeer per week aan

42. Hoe ervaart u uw eigen conditie?

- goed
- matig
- slecht

43. Hoe laat gaat u gewoonlijk naar bed?
omuur.

44. Hoe lang duurt het gewoonlijk voordat u in slaap valt?

- Vrijwel direct
- Duurt enige tijd,.....minuten

45. Snurkt u?

- Nee
- een beetje
- vaak/ luid
- weet niet

46. Wordt u 's nachts wakker?

- Vrijwel nooit
- Vaak, gemiddeldkeer per nacht.
- Hebt u hoofdpijn als u "s nachts wakker wordt?.....

47. Draagt u een bril of contactlenzen?

- ja
- nee

48. Zijn uw ogen de afgelopen 2 jaar gecontroleerd?

- ja
- nee

49. Komt er hoofdpijn in uw familie voor?

- Nee
- Ja
- Bij moeders/vaderskant
- Bij broer/zus/kinderen

50. Wat is uw lengte en gewicht ?cmkg

Maakt u zich zorgen over uw hoofdpijn?

.....

.....

.....

Dit is het einde van de vragenlijst. Tijdens uw bezoek aan het hoofdpijncentrum gaat de hoofdpijnverpleegkundige verder in op de door u ingevulde antwoorden en stelt u zo nodig nog andere vragen. **Alvast hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!**