

Vragenlijst consultatie pijnkliniek

Wie moet deze vragenlijst invullen ?

- indien het de 1^o maal is dat je je aanbiedt op de pijnkliniek te Zottegem.
- indien een vorig contact met de pijnkliniek te Zottegem reeds langer dan 6 maand geleden is.
- indien de je je aanbiedt met een ander/nieuw probleem dan datgene waarvoor je reeds in behandeling bent (geweest) in de pijnkliniek te Zottegem.

Gelieve onderstaande vragenlijst in te vullen en mee te brengen naar de consultatie of behandeling.

Vragenlijst

Naam:

Beroep:

Medische voorgeschiedenis

Welke operaties heb je gehad en wanneer? (+/- jaartal)

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

Ben je zwanger? Ja Nee

Heb je last van een hoge bloeddruk? Ja Nee

Heb je ooit hartproblemen gehad? Ja Nee

Heb je last van suikerziekte? Ja Nee

Heb je last van reuma? Ja Nee

Heb je last van asthma of andere longproblemen? Ja Nee

Bloed je lang na wanneer je je kwetst of bij de tandarts gaat? Ja Nee

Ben je allergisch aan medicijnen? Zo ja, welke?

Ben je allergisch aan jodium of aan contrastvloeistoffen? Ja Nee

Huidige medicatie

Welke medicatie neem je momenteel?

.....

Neem je bloedverdunners? Zo ja, welke en tot wanneer heb je deze genomen?

.....

Pijnprobleem

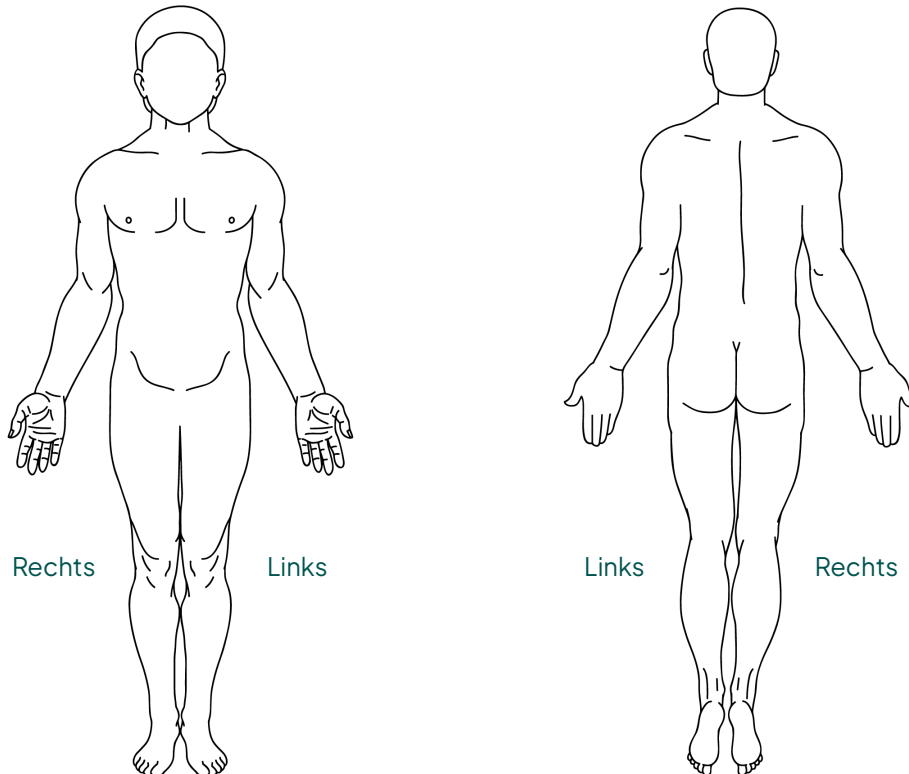
Waar heb je pijn? Hoe straalt het uit?

.....

.....

.....

Duid op onderstaande tekening de zones aan waar de pijn zich bevindt.



Sinds wanneer heb je pijn?

.....

.....

Hoe kan je de pijn omschrijven? Duid aan wat past.

- | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kloppend | <input type="checkbox"/> stekend | <input type="checkbox"/> snijdend | <input type="checkbox"/> scherp | <input type="checkbox"/> drukkend | <input type="checkbox"/> krampachtig |
| <input type="checkbox"/> zeurend | <input type="checkbox"/> knagend | <input type="checkbox"/> stijf | <input type="checkbox"/> flitsend | <input type="checkbox"/> schietend | <input type="checkbox"/> prikkend |
| <input type="checkbox"/> branderig | <input type="checkbox"/> gloeiend | <input type="checkbox"/> vriezend | <input type="checkbox"/> tintelend | <input type="checkbox"/> jeukend | <input type="checkbox"/> elektrisch |

Wanneer heb je pijn? Duid aan wat past.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> constant | <input type="checkbox"/> vooral 's morgens | <input type="checkbox"/> vooral 's avonds | <input type="checkbox"/> bij stappen |
| <input type="checkbox"/> bij liggen | <input type="checkbox"/> bij stilstaan | <input type="checkbox"/> bij bewegen | <input type="checkbox"/> bij rechtop komen |
| <input type="checkbox"/> bij het voorover buigen | <input type="checkbox"/> bij het achterover buigen | | |

Welke behandelingen heb je het laatste jaar geprobeerd?

.....

.....