

VRAGENLIJST HOOFDPIJNPOLIKLINIEK

FRANCISCUS VLIETLAND

Naam:

Geslacht:

Man

Vrouw

Voorletter(s):

Geboortedatum:

Adres:

Postcode & woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

1. Op welke leeftijd kreeg u de eerste hoofdpijn klachten?

Opjarige leeftijd

2. Heeft u meerdere vormen van hoofdpijn?

Ja

nee

Als u ja heeft geantwoord, beantwoordt de vragen dan alleen voor de ergste hoofdpijn en bespreek de andere hoofdpijn tijdens het spreekuur.

3. Komt de hoofdpijn in aanvallen voor?

Ja

Nee

4. Hoe lang duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld

0 – 4 uur

4 uur tot 3 dagen

3 dagen tot 7 dagen

Langer dan 7 dagen

5. Hoe vaak heeft u een hoofdpijn aanval?

< 1 keer per jaar

1-4 keer per jaar

5-11 keer per jaar

- 1 keer per maand
- 2-4 keer per maand
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- Dagelijks
- Meerdere aanvallen per dag

6. Hoe voelt de hoofdpijn aan?

- Kloppend/bonzend
- Klemmend/zeurend
- Stekend/priemend
- Anders, nl

7. Wanneer begint de hoofdpijn?

- Ik word er opeens mee wakker
- In de loop van de dag
- 's nachts om Uur
- Alleen in het weekend
- Anders:.....

8. Waar zit de hoofdpijn meestal?

- Aan beide zijden van het hoofd
- Aan een zijde van het hoofd

9. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal zit?

- Voorhoofd
- Achterhoofd
- Bovenop het hoofd
- Achterhoofd onderaan de nek
- Boven het oor
- Boven/achter het oog
- Niet goed aan te geven

10. Hoe omschrijft u de ernst van de hoofdpijn?

- Licht
- Licht tot matig
- Matig
- Matig tot ernstig
- Ernstig
- Zeer ernstig

11. Neemt de hoofdpijn toe bij fysieke activiteit, bijvoorbeeld bij traplopen?

- Ja
- Nee

12. Heeft u voorafgaand aan de hoofdpijn last van:

- visuele verschijnselen (bv. Lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
- spraakstoornissen (bv praten met dubbele tong, woordvindproblemen)
- uitvalsverschijnselen (bv. Tintelingen, verlamming of spierslapte in één lichaamshelft)

13. Als u last heeft van de bovenstaande verschijnselen, hoe vaak wordt de hoofdpijn dan voorafgegaan door dergelijke verschijnselen?

- 1 van de 3 keer
- 2 van de 3 keer
- Altijd

14. Hoe lang duren deze verschijnselen dan?

- 4-60 minuten
- > 60 minuten

15. Heeft u tijdens de hoofdpijn last van (meerdere antwoorden mogelijk):

- Misselijkheid Braken
- Licht Geluid Geur
- Transpiratie op gezicht of voorhoofd
- Rood of tranend oog aan kant van de hoofdpijn
- Loopneus of verstopte neus aan kant van de hoofdpijn
- Vernauwde pupil
- Transpiratie op gezicht of voorhoofd
- Hangend ooglid Gezwollen ooglid

16. Voelt u de hoofdpijn van de voren aankomen?

- Nee
- Een dag ervoor
- Paar uur ervoor
- 2-3 dagen ervoor

17. Welke verschijnselen merkt als voortekenen?

- Veranderde slaapbehoefte
- Vocht vasthouden
- Veranderde stemming
- Trek in ander eten
- Pijn in de nek
- Veranderde waarneming van de omgeving

18. Komt er hoofdpijn voor in uw familie?

- Vaders kant
- Moeders kant
- Beide ouders
- Broer of zus
- Opa of oma
- Nee

19. Is de hoofdpijn gekoppeld aan uw menstruatiecyclus?

- Nee
- Soms
- Nvt
- Tijdens/voor menstruatie
- Rondom de ovulatie
- Anders:.....

20. Heeft u kinderen?

- Ja
- Nee

21. gebruikt u de anticonceptiepil, -ring, -pleisters of staafje?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

22. Bent u zwanger?

- Ja
- Nee
- Nee, maar er is wel een zwangerschapswens
- Niet van toepassing

23. Hoe laat gaat u 's avonds op een gewone dag naar bed?

24. Als u in bed ligt, hoelang duurt het dan voordat u inslaapt?

25. Wordt u 's nachts wakker?

- vrijwel nooit
- vaak
- vrijwel altijd

26. Bent u in het verleden wel eens opgenomen in een ziekenhuis of onder behandeling geweest van een medisch specialist?

- Nee
- Ja, voor:

Datum	Diagnose	Specialist

27. Heeft u ooit een ongeval gehad waar uw nek of hoofd bij betrokken is geweest?

- Ja
- Nee
- Zo ja, wilt u een korte omschrijving geven?

28. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?

- <1 dag per maand
- 1-3 dagen per maand
- 1-2 dagen per week

31. Heeft u medicatie gebruikt, of gebruikt u op dit moment medicatie, om een aanval te voorkomen?

- Ja, vul onderstaande lijst in:
- Nee
- Weet niet

Naam medicatie	Sterkte en hoe vaak per dag	Vanaf wanneer begonnen?

32. Zijn er andere medicijnen die u gebruikt?

Naam medicatie	Sterkte en hoe vaak per dag	Vanaf wanneer begonnen?

33. Hoe bent u bij de hoofdpijnkliniek terecht gekomen?

- via huisarts
- via neuroloog
- via andere specialist

- via een bekende
- via internet
- via apotheek
- via patiëntenvereniging

34. Waar bent u al met uw hoofdpijnklachten geweest (meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Chiropractor
- KNO-arts
- Tandarts
- Yoga
- Acupunctuur
- Psycholoog
- Neuroloog
- Anders, namelijk:

35. Heeft u ooit aanvullend onderzoek voor de hoofdpijnklachten gehad?

- Laboratorium onderzoek
- EEG
- CT-scan
- MRI-scan
- Anders,..

36. Bent u?

- Thuis bij ouders wonend
- Gehuwd
- Samenwonend
- Alleenstaand
- Gescheiden
- Weduwe of weduwnaar

37. Welk beroep oefent u uit en hoeveel uren per week werkt u?

38. Hebt u plezier in het werk?

39. Hoeveel verzuimt u wegens deze klachten?

40. Rookt u?

- Ja, hoeveel per dag?
- Nee, maar ik heb wel gerookt
- Nee

41. Drinkt u dagelijks alcohol?

- Ja, hoeveel glazen?
- Nee

42. Drinkt u koffie/thee/cola/etc?, en hoeveel per dag?

	Koffie	Thee	Cola	Red- bull	Ice- tea
Hoeveel/dag					

43. Bent u allergisch voor: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Dieren, namelijk voor:
- Geneesmiddelen, namelijk voor:
- Pollen/zaden, namelijk voor:
- Voedingsmiddelen, namelijk voor:

44. Is uw gezichtsvermogen recent nog gecontroleerd?

- Ja
- Nee