

Vragenlijst Hoofdpijnpolikliniek

Instructie

U bent verwezen naar de hoofdpijnpolikliniek van de neurologie van Ziekenhuis Gelderse vallei in Ede. Om uw afspraak op de polikliniek zo soepel mogelijk te laten verlopen, vragen wij u om de **bijgevoegde vragenlijst in te vullen en mee te nemen tijdens het eerste polikliniekbezoek**, 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 de hoofdpijnpolikliniek. 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.

Wij behandelen uw gegevens zorgvuldig en vertrouwelijk.

Met vriendelijke groet,

Dhr. J. Rovers, neuroloog

Dhr. M. Smits, neuroloog

Persoonlijke gegevens:

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Geslacht: man/vrouw

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:

.....

Vragen over uw hoofdpijn:

Hoe lang heeft u al hoofdpijnklachten?

.....

Heeft u meerdere vormen/types hoofdpijn?

Ja / Nee

Kunt u de verschillende type hoofdpijnen beschrijven? Vul onderstaande tabel in.

Beschrijving van de hoofdpijn. Waar pijn en hoe voelt de pijn?	Sinds?	Hoe is de pijn ontstaan?
1)		
2)		
3)		
4)		

**Welke behandelingen heeft u tot nu toe gehad voor uw hoofdpijn?
 Hebben deze behandelingen effect gehad? Vul onderstaande tabel in.**

Behandeling	Wanneer (jaartal)?	Effect op hoofdpijn?	Hoe lang heeft het effect aangehouden?

Komt uw hoofdpijn (of een van de type hoofdpijnen) in aanvallen?

- Ja, hoe lang duurt de hoofdpijnaanval : uur
- Nee

Hoe vaak heeft u een hoofdpijnaanval?

- niet van toepassing
- < 1 x per maand
- 1 - 2 x per week
- 3 - 5 x per week
- 1 x per maand
- 2 - 4 x per maand
- dagelijks
- meerdere aanvallen per dag

Op welk moment van de dag heeft u met name hoofdpijn?

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

Hoe voelt de hoofdpijn aan?

- kloppend / bonzend
- stekend / priemend
- klemmend / drukkend
- anders, nl

Waar zit de hoofdpijn meestal?

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

Neemt uw hoofdpijn toe bij fysieke activiteit zoals bijvoorbeeld bij traplopen

- ja
- nee

Heeft u voorafgaand aan uw hoofdpijn last van?

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

Hoe lang duren deze verschijnselen dan

- 4 - 15 minuten
- 16 - 30 minuten
- 31 - 45 minuten
- 46 - 60 minuten

Heeft u tijdens uw hoofdpijn last van (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> misselijkheid | <input type="checkbox"/> gezwollen ooglid |
| <input type="checkbox"/> braken | <input type="checkbox"/> hangend ooglid |
| <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> rood of tranend oog |
| <input type="checkbox"/> geluid | <input type="checkbox"/> vernauwde pupil |
| <input type="checkbox"/> geur | <input type="checkbox"/> loopneus of verstopte neus |
| <input type="checkbox"/> transpiratie op gezicht of voorhoofd | |

Komt er hoofdpijn voor in de familie?

ja, bij welke familieleden:

.....

nee

Is uw hoofdpijnaanval gekoppeld aan uw menstruatieperiode

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> soms |
| <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> niet van toepassing |

Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> < 1 per maand | <input type="checkbox"/> 1 - 2 per week |
| <input type="checkbox"/> 1 per dag | <input type="checkbox"/> 1 - 3 per maand | <input type="checkbox"/> 3 - 5 per week |
| <input type="checkbox"/> meerdere malen per dag | <input type="checkbox"/> per aanval (gemiddeldx per maand) | |
| <input type="checkbox"/> nee | | |

Wanneer u pijnstillers tegen hoofdpijn gebruikt, graag invullen op de pagina 8 medicatiegebruik.

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

- Nee
 Ja

Zijn er dingen die u vanwege de hoofdpijn niet meer doet, maar die u wel zou willen doen?

- Nee
 Ja, namelijk

.....

Heeft iemand u ooit verteld dat u stopt met ademen tijdens de slaap (apneu's)?

- Ja Nee

Hoe laat staat u op?uur

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

- ja, voor

.....
.....

- nee

Heeft u momenteel nog andere klachten dan hoofdpijn?

- ja, namelijk

.....
.....

- nee

Gebruikt u momenteel medicijnen?

- ja, *graag invullen op pagina medicatie gebruik pag.8.*

- nee

Heeft u betaald werk?

- Ja, ik werk als (vul uw beroep in).....
voor.....uur per week.

- Nee

Doet u vrijwilligers werk of volgt een opleiding?

- Ja, voor.....uur per week.

- Nee

Hoe ziet u gezinssituatie er momenteel uit?

.....
.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Krijgt u weleens negatieve reacties op uw hoofdpijn van uw partner, kinderen, vrienden of kennissen of op uw werk? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Voelt u zich momenteel somber/neerslachtig/verdrietig/leeg? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Voelt u zich snel boos worden of bent u snel geïrriteerd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Kunt u zich concentreren, bv op de krant? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Kunt u gemakkelijk beslissingen nemen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Maakt u zich buitensporig veel zorgen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |
| Voelt u zich vaak gespannen/onrustig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ne |

Hebben zich in het afgelopen jaar gebeurtenissen voorgedaan die nu nog spanning (positief of negatief) opleveren? Indien 'ja', zou u dan willen invullen wat deze gebeurtenis was / is ?

.....

Heeft u op een of meerdere van dergelijke gebeurtenissen gereageerd met meer hoofdpijn?

- Nee
- Ja, namelijk op

.....

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

- Nee
- Ja, in verband met.....
 in.....(jaartal)

Heeft u ooit medicatie gekregen vanwege psychische problemen?

- Nee
- Ja

Gebruikt u momenteel medicatie vanwege psychische problemen?

- Nee
- Ja, *graag invullen op pagina medicatiegebruik*

Welke professionele hulp denkt u nog nodig te hebben in de behandeling van uw hoofdpijn?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Geen hulp
- Hulp van de arts/neuroloog
- Hulp van de psycholoog
- Hulp van de fysiotherapeut

HIT- 6 tm Hoofdpijn impact test

1. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak is de pijn dan hevig?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
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?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
3. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak wenst u dan dat u zou kunnen gaan liggen?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
4. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken heeft u zich te moe gevoeld om uw werk of dagelijkse activiteiten te doen vanwege hoofdpijn?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
5. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken was u het beu of voelde u zich geïrriteerd vanwege hoofdpijn?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
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?				
Nooit	Zelden	Soms	Zeer vaak	Altijd
(6 punten per antwoord)	(8 punten per antwoord)	(10 punten per antwoord)	(11 punten per antwoord)	(13 punten per antwoord)
totaal kolom 1	totaal kolom 2	totaal kolom 3	totaal kolom 4	totaal kolom 5
Tel voor de score de punten voor antwoord in iedere kolom op				Totaal score kolom 1+2+3+4+5
Leg de resultaten van deze vragenlijst (HIT) aan uw arts voor.				
Hoe hoger de score hoe groter de impact op uw leven			Scores liggen tussen 36 en 78	

Deze HIT-6 vragenlijst is ontwikkeld om u te helpen beschrijven en uit te drukken hoe u zich voelt en wat u vanwege hoofdpijn niet kunt doen.
Om de vragenlijst in te vullen graag één antwoord per vraag omcirkelen.