**VRAGENLIJST POLIKLINIEK REUMATOLOGIE**

***Gelieve de ingevulde vragenlijst mee te brengen naar***

***uw eerste consultatie bij de reumatoloog.***

|  |
| --- |
| **GELIEVE ALLE RESULTATEN VAN VOORAFGAANDE ONDERZOEKEN MEE TE BRENGEN****(medische beeldvorming, bloedresultaten, verslag huisarts of specialist,…)** |

**Persoonlijke gegevens**

Naam:

Geboortedatum:

Gehuwd/samenwonend/alleenstaand Kinderen: Ja : Aantal: \_\_\_ / Nee

Beroep: Werkzoekende / Invaliditeit / Gepensioneerd / Tijdelijk werkongeschikt / Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_ kg - Lengte: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Doorgemaakte ziektes en operaties**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jaartal | Ziekte of operatie | Jaartal  | Ziekte of operatie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Welke medicatie gebruikt u op dit moment?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicatie | Dosis  | Hoeveel keer per dag |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Bent u allergisch voor:**

* MEDICATIE: ja / nee

*Indien ja: welke medicatie, welke klachten had u?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* PLEISTERS: ja / nee
* Bent u allergisch voor de zon? ja / nee

**Drinkt u alcohol?** ja / nee *Indien ja, hoeveel glazen per dag / per week?* \_\_\_\_\_

**Rookt u?**  ja / nee *Indien ja, hoeveel sigaretten per dag?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Hoeveel jaren rookt u al?*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hebt u vroeger gerookt?** ja / nee *Rookstop sinds* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Komt u bij de reumatoloog op eigen initiatief of bent u doorverwezen?**

0 **Uit eigen initiatief**

0 **Doorverwezen door**:

* Huisarts
* Revalidatie arts / fysische geneeskunde
* Orthopedist(e)
* Kinesitherapeut(e)
* Arts-specialist
* Andere: …………………………..

**Beschrijf uw voornaamste klachten (bv. pijn, vermoeidheid, gezwollen gewricht) :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hoe lang zijn de huidige klachten aanwezig?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hebt u voor deze klachten reeds medicatie ingenomen of behandelingen gekregen? Welke?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hebt u last van:**

* **Gezwollen gewrichten?**  ja / nee
* **Pijnlijke gewrichten?** ja / nee
* **Ochtendstijfheid in de gewrichten?** ja / nee

*Indien ja: hoelang duurt de ochtendstijfheid in de gewrichten?* 5 / 10 / 30 / 60 minuten

* **Ochtendstijfheid in de rug?** ja / nee

*Indien ja: hoelang duurt de ochtendstijfheid in de rug?* 5 / 10 / 30 / 60 minuten

* **Verbetert de ochtendstijfheid bij bewegen?**  ja / nee
* **Nachtelijke pijn *bij het inslapen*?** ja / nee
* **Nachtelijke pijn *het 2e deel van de nacht (rond 3-4 u.)*?** ja / nee
* **Terugkerende oogontstekingen?** ja / nee
* **Een hele droge mond of droge ogen?** ja / nee
* **Tranende ogen** ? ja / nee
* **Zweertjes (aften) in de mond?** ja / nee
* **Diarree met / zonder bloed ?**  ja / nee
* **Huiduitslag?** ja / nee

*Indien ja: op welke plaats van het lichaam? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* **Psoriasis** (schilferende huidaandoening)**?** ja / nee
* **Overdreven veel haarverlies?**  ja / nee
* **Wit-blauw-rood verkleuring van de vingers?** ja / nee

**Komen in uw familie de volgende aandoeningen voor?**

Reumatoïde artritis / Psoriasis / Ziekte van Bechterew / Ziekte van Crohn / Colitis ulcerosa / Systeemziekten (Systemische lupus, Syndroom van Sjögren, Systeemsclerose,…)