

neurologie campus Brugge

VRAGENLIJST GESPECIALISEERDE HOOFDPIJNRAADPLEGING

G. VANHOOREN, MD

diensthof
stagemester
beroertezorgeenheid
neurovasculaire aandoeningen
coördinatie klinische proeven

Geachte heer, mevrouw,

Gelieve onderstaande vragenlijst aan te vullen ikv uw consultatie op onze gespecialiseerde hoofdpijnraadpleging.

Als er iets onduidelijk is, of niet van toepassing, laat u dit deel over. Indien er meerdere antwoorden mogelijk zijn, mag u deze allen aankruisen.

B. BERGMANS, MD PhD

consulent UZ Gent
bewegingsstoornissen
cognitieve stoornissen
klinische neurofysiologie

Geslacht: M / V

Huidige leeftijd: _____

M. CAMBRON, MD PhD

algemene neurologische polikliniek
multiple sclerose

Hoofdpijnklachten sinds: _____

S. DE BLAUWE, MD

beroertezorgeenheid
neurovasculaire aandoeningen

Gemiddeld aantal hoofdpijndagen per maand: _____

O. DERYCK, MD

cognitieve stoornissen
hoofdpijn
multiple sclerose

Episodische hoofdpijn (= minder dan 15 dagen per maand)

Chronische hoofdpijn (= meer dan 15 dagen per maand)

A. VAN DYCKE, MD PhD

academisch consulent UGent
epilepsie
hoofdpijn
slaapstoornissen

Aantal hoofdpijn-aanvallen per maand (deze kunnen dus meerdere dagen duren): _____

Plaats van de hoofdpijn:

- Links
- Rechts
- Wisselend van kant
- Beide zijden

L. VANOPDENBOSCH, MD

gastprofessor KU Leuven
algemene neurologische observatie
multiple sclerose
neuro-oncologie
palliatieve zorg

Hevigheid / Intensiteit van de hoofdpijn: (0 = geen pijn / 10 = ergste pijn)

Gemiddeld: ____/10

Meest hevige pijn: ____/10

K. VERHOEVEN, MD

consulent UZ Gent
klinische neurofysiologie
neuromusculaire stoornissen
slaapstoornissen
rTMS

Karakter van de pijn:

- Kloppend
- Drukkend
- Stekend
- Andere: _____

Begeleidende symptomen (bij de hoofdpijn):

- Overgevoelig aan licht
- Overgevoelig aan geluid
- Overgevoelig aan geuren
- Misselijk, minder eetlust
- Overgeven
- Toename van de hoofdpijn bij beweging
- Tranend oog (aan 1 kant of beide ogen)
- Lopende neus
- Aura

contact
Ruddershove 10 8000 Brugge
Route 330
tel: +32 50 45 23 70
fax: +32 50 45 23 59
neurologie@azsintjan.be
www.azsintjan.be/neurologie



Naam + Voornaam: _____

Behandelingen:

1/ Pijnstillers:

Vroeger gebruikte pijnstillers: _____

Huidige pijnstillers: _____

Hoeveel dagen per week gebruikt u pijnstillers? _____

Hoeveel dagen per maand gebruikt u pijnstillers? _____

2/ Onderhoudsbehandeling (= dagelijkse inname van medicatie om uw hoofdpijndagen te verminderen.

Gelieve aan te kruisen welke behandelingen u reeds innam (in de lijst staat eerst de merknaam, daarnaast het generisch product).

Indien u volgende zaken herinnert, mag u dit ook vermelden:

- Wat was het effect
- Bijwerkingen?
- Dosis van de ingenomen medicatie?
- Duur van de inname

Riboflavine (vitamine B2): _____

Inderal / Propranolol: _____

Seloken / Metoprolol: _____

Emconcor / Bisoprolol: _____

Topamax / Topiramaat: _____

Sibelium / Flunarizine: _____

Depakine / Valproaat: _____

Atacand / Candesartan: _____

Zestril / Lisinopril: _____

Neurontin / Gabapentine: _____

Lyrica / Pregabaline: _____

(Vragenlijst hoofdpijn, p. 2)





Naam + Voornaam: _____

Redomex / Amitriptyline: _____

Efexor / Venlafaxine: _____

Cymbalta / Duloxetine: _____

Remergon / Mirtazapine: _____

Botox: _____

Aimovig / Erenumab: _____

Ajovy / Fremanezumab: _____

Emgality / Galcanezumab: _____

Andere: _____

3/ Overige behandelingen:

Kinesitherapie: _____

Acupunctuur: _____

Cefaly: _____

Andere: _____

Middelengebruik:

Alcohol: neen / ja / indien ja: hoe vaak: _____

Nicotine: neen / ja / indien ja: hoe vaak: _____

Drugs: neen / ja / indien ja: hoe vaak + welke: _____

Koffie: neen / ja / indien ja: hoe vaak: _____

Slaap:

Snurkt u? neen / ja

Heeft iemand opgemerkt dat u soms stopt met ademen tijdens de slaap? neen / ja

Allergieën:

Aan medicatie: _____

Andere: _____

(Vragenlijst hoofdpijn, p. 3)





Naam + Voornaam:

Indien u dagelijks medicatie inneemt, noteer welke medicatie + dosis:

(Vragenlijst hoofdpijn, p. 4)

