

Vragenlijst PROMs nefrologie (versie juni 2021)

De vragenlijst PROMs nefrologie is een combinatie van de SF-12 en de DSI (Dialysis Symptom Index). Aan de DSI zijn onderaan drie items toegevoegd waarmee patiënten symptomen kunnen vermelden die niet in de vragenlijst worden genoemd en aangeven hoeveel last ze van die symptomen ervaren.

Mentale gezondheid en vitaliteit

De volgende vragenlijst gaat over uw standpunten t.a.v. uw gezondheid. Met behulp van deze gegevens kan worden bijgehouden hoe u zich voelt en hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke bezigheden uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door het antwoord aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is. Als u niet zeker weet hoe u een vraag moet beantwoorden, geef dan het best mogelijke antwoord.

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
2a. Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2b. Een paar trappen oplopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken één of meerdere van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

	<u>Altijd</u>	<u>Meestal</u>	<u>Soms</u>	<u>Zelden</u>	<u>Nooit</u>
3a. U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b. U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken één of meerdere van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden ondervonden ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

	<u>Altijd</u>	<u>Meestal</u>	<u>Soms</u>	<u>Zelden</u>	<u>Nooit</u>
4a. U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b. U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)

- Helemaal niet
- Een klein beetje
- Nogal
- Veel
- Heel erg veel

Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde.

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...

	<u>Altijd</u>	<u>Meestal</u>	<u>Soms</u>	<u>Zelden</u>	<u>Nooit</u>
6a. Voelde u zich rustig en tevreden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. Had u veel energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. Voelde u zich somber en neerslachtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc)?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

Symptomen

Nu volgt een reeks vragen over fysieke en emotionele symptomen die nierpatiënten kunnen ervaren. Kunt u aangeven of u de nu volgende symptomen heeft gehad in de afgelopen week door 'ja' of 'nee' aan te klikken? Indien u 'ja' aanklikt, wilt u dan aangeven hoeveel last u hiervan heeft gehad?

Heeft u onderstaand symptoom ervaren in de <u>afgelopen week</u> ?		Zo ja, hoeveel last heeft u hiervan gehad?				
		Helemaal geen last	Beetje last	Nogal wat last	Veel last	Heel erg veel last
Verstopping	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braken	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde eetlust	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiërkrampen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezwollen benen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloze benen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in de voeten	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge mond	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke botten of gewrichten	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn op de borst	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoofdpijn	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentratieproblemen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge huid	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeuk	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piekeren	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerveus gevoel	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite om in slaap te vallen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeilijk doorslapen	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geïrriteerd gevoel	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdrietig	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstig gevoel	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde interesse in seks	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen om seksueel opgewonden te raken	Nee/ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hieronder kunt u aangeven of u de <u>afgelopen week</u> last heeft gehad van andere symptomen dan de zojuist gevraagde symptomen en kunt u aankruisen in welke mate u hier last van heeft gehad.</p>						
1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>