

3. Maand 3-9-15-21

H. Visit

1. Betreft visit

- Screening
 Week 1-4
 Maand 3
 Maand 6
 Maand 9
 Maand 12
 Maand 15
 Maand 18
 Maand 21
 Maand 24

2. Datum visit

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

I. Patiënt informatie

1. Initialen patiënt (1e letter 1e voornaam, 1e en 2e letter achternaam)

--	--

2. Geboortedatum

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

J. Gestopt met studie in afgelopen 3 maanden

1. Gestopt met deelname aan studie in afgelopen periode (=vanaf vorige visit tot huidige visit)?

- Ja
 Nee

- 1a. Indien 'Gestopt', reden van stoppen

markeer voor *elke* optie J(ja), N(neen) of ?(onbekend)

J	N	?	optie
			Lost to follow-up
			(Serious) Adverse Event
			Non compliant
			Patiënt getransplanteerd
			Intrekken toestemming
			Patiënt overleden
			Beslissing onderzoeker
			Anders

- 1b. Indien 'Intrekken toestemming', datum

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

- 1c. Indien '(S)AE', datum (S)AE

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

- 1d. Indien 'Patiënt overleden', datum overlijden

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

- 1e. Indien 'Patiënt getransplanteerd', datum transplantatie

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

2. Datum laatste contact/controlé

	/		/				
dd	/	mm	/	yyyy			

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

M2. Wijzigingen in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden																										
3. Nog een wijziging in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag N.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop <input type="checkbox"/> Ja, verandering dosering <input type="checkbox"/> Onbekend																									
• 3a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1"> <tr> <td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dd</td><td></td><td>mm</td><td></td><td>yyyy</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		/		/					dd		mm		yyyy												
	/		/																							
dd		mm		yyyy																						
• 3b. Indien wijziging is 'Stop', reden stoppen medicatie	<input type="checkbox"/> Intolerantie <input type="checkbox"/> Noncompliance <input type="checkbox"/> Beslissing behandelaar <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Onbekend																									
◦ 3b.1. Indien 'Reden' is 'Anders', specificieer	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																									
• 3c. Indien wijziging is 'Verandering dosering', nieuwe totale dosis propranolol/dag	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>...of...</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td><input type="checkbox"/> Onbekend</td> </tr> </table>						...of...						<input type="checkbox"/> Onbekend													
					...of...																					
					<input type="checkbox"/> Onbekend																					
(mg)																										

Center-Patiëntnummer: _ _ _ _ - _ _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

M2. Wijzigingen in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden																														
4. Nog een wijziging in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag N.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop <input type="checkbox"/> Ja, verandering dosering <input type="checkbox"/> Onbekend																													
• 4a. Indien wijziging, datum wijziging	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> dd / mm / yyyy																													
• 4b. Indien wijziging is 'Stop', reden stoppen medicatie	<input type="checkbox"/> Intolerantie <input type="checkbox"/> Noncompliance <input type="checkbox"/> Beslissing behandelaar <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Onbekend																													
○ 4b.1. Indien 'Reden' is 'Anders', specificieer	<div style="border: 1px solid black; min-height: 200px;"> <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> </div>																													
• 4c. Indien wijziging is 'Verandering dosering', nieuwe totale dosis propranolol/dag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend																													
(mg)																														

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID) (ga naar volgende pagina)

M2. Wijzigingen in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden

5. Nog een wijziging in dosis propranolol in afgelopen 3 maanden?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag N.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop <input type="checkbox"/> Ja, verandering dosering <input type="checkbox"/> Onbekend																														
<ul style="list-style-type: none"> • 5a. Indien wijziging, datum wijziging 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">dd</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">mm</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>											/		/								dd		mm		yyyy					
/		/																													
dd		mm		yyyy																											
<ul style="list-style-type: none"> • 5b. Indien wijziging is 'Stop', reden stoppen medicatie 	<input type="checkbox"/> Intolerantie <input type="checkbox"/> Noncompliance <input type="checkbox"/> Beslissing behandelaar <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Onbekend																														
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 5b.1. Indien 'Reden' is 'Anders', specificeer 	<table border="1" style="width: 100%; height: 200px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>																														
<ul style="list-style-type: none"> • 5c. Indien wijziging is 'Verandering dosering', nieuwe totale dosis propranolol/dag 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td>...of...</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td><input type="checkbox"/> Onbekend</td> </tr> </table>											...of...											<input type="checkbox"/> Onbekend								
										...of...																					
										<input type="checkbox"/> Onbekend																					
(mg) Voor meer wijzigingen in dosering propranolol, maak gebruik van het kopieerblad - Wijziging dosis propranolol (Bijlage 2).	<input type="checkbox"/>																														

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID) (ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
1. Een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 1a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>dd</td> <td>/</td> <td>mm</td> <td>/</td> <td>yyyy</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd	/	mm	/	yyyy			
	/		/														
dd	/	mm	/	yyyy													
• 1b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 1b1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																
• 1c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 1e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
2. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 2a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>dd</td> <td></td> <td>mm</td> <td></td> <td>yyyy</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd		mm		yyyy			
	/		/														
dd		mm		yyyy													
• 2b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 2b.1.. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																
• 2c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 2e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
3. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 3a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>dd</td> <td>/</td> <td>mm</td> <td>/</td> <td>yyyy</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd	/	mm	/	yyyy			
	/		/														
dd	/	mm	/	yyyy													
• 3b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 3b.1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
• 3c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 3e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
4. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 4a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">/</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>dd</td> <td></td> <td>mm</td> <td></td> <td>yyyy</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd		mm		yyyy			
	/		/														
dd		mm		yyyy													
• 4b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 4b.1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
• 4c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening?	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 4e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
Voor meer wijzigingen in medicatie, maak gebruik van het kopieerblad - Wijziging in medicatie (Bijlage 3).	<input type="checkbox"/>																

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

O. Gastroscopieën in de afgelopen 3 maanden

1. Hoeveel gastroscopieën in de afgelopen 3 maanden?

 ...of...
 Onbekend

Indien er gastroscopieën zijn verricht, vul voor elke gastroscopie een Gastroscopie-formulier in.

P. Complicaties in de afgelopen 3 maanden

1. Complicaties sinds vorige bezoek volgens protocol?

 Ja
 Nee
 Onbekend

Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.

Q1. Laboratoriumonderzoek

1. Datum laboratoriumonderzoek

 / /
 dd / mm / yyyy

2. Hb (mmol/L)

 ...of...
 Onbekend
3. Trombocyten ($\times 10^9/L$)
 ...of...
 Onbekend

4. INR

 ...of...
 Onbekend

5. Protrombinetijd (s)

 ...of...
 Onbekend

6. Na (mmol/L)

 ...of...
 Onbekend
7. Creatinine ($\mu\text{mol/l}$)
 ...of...
 Onbekend

8. Wordt de patiënt gedialyseerd?

 Ja
 Nee
 Onbekend

• 8a. Indien 'Ja', hoeveel vaak per week?

 ...of...
 Onbekend

9. Ureum (mmol/L)

 ...of...
 Onbekend
10. Bilirubine ($\mu\text{mol/L}$)
 ...of...
 Onbekend

11. Alkalische Fosfatase (U/L)

 ...of...
 Onbekend

12. GGT (U/L)

 ...of...
 Onbekend

13. ASAT (U/L)

 ...of...
 Onbekend

14. ALAT (U/L)

 ...of...
 Onbekend
Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

T1. Bezoek polikliniek/SEH in het kader van bloeding/behandeling

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| 1. Poliklinisch consult in kader van bloeding/behandeling: aantal malen | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Bezoek spoedeisende hulp: aantal malen | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T2. Opname in het kader van bloeding/behandeling

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 1. Opname ziekenhuis: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Opname IC/MC: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Opname verpleegafdeling: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 4. Opname verpleeghuis: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 5. Opname verzorgingshuis: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 6. Opname revalidatiecentrum: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T3. Dagbehandeling in het kader van bloeding/behandeling

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 1. Dagbehandeling verpleegafdeling: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Dagbehandeling verpleeghuis: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Dagbehandeling verzorgingshuis: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 4. Dagbehandeling revalidatiecentrum: aantal dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T4. Bloedtransfusie(s) als gevolg van bloeding(en)

- | | | |
|-----------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Aantal PC | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Aantal trombocyten | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Aantal FFP | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T5. Laboratoriumonderzoek buiten ziekenhuis

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| 1. Aantal keer laboratoriumonderzoek buiten ziekenhuis | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|--|--|-----------------------------------|

T6. Huisartsconsulten in het kader van bloeding/behandeling

- | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Huisartsconsulten: aantal | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|------------------------------|--|-----------------------------------|

U1. Werk

- | | |
|---|---|
| 1. Heeft u betaald werk? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag U2.1.) |
| • 1a. Indien betaald werk, aanstelling voor hoeveel uur per week? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1b. Indien betaald werk, verdeling over hoeveel dagen per week? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1c. Indien betaald werk, beroep? | <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/> |
| • 1d. Indien betaald werk, netto inkomen per week (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen |
| • 1e. Indien betaald werk, netto inkomen per | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... |

maand (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen
• 1f. Indien betaald werk, netto inkomen per jaar (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen
2. Heeft u zich de afgelopen 3 maanden ziek gemeld voor uw werk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
• 2a. Zo 'Ja', datum dat u zich ziek meldde	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd / mm / yyyy
• 2b. Zo 'Nee', datum van laatste verzuimdag	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd / mm / yyyy
3. Verzuim op dit moment?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag U2.1.)
• 3a. Aantal dagen verzuimd in de afgelopen 3 maanden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

U2. Hoeveel uur/wk besteed aan div. werkzaamh. in afgel. 3 mndn	
1. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan huishoudelijke werk in huis besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
2. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan boodschappen doen besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
3. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan klussen en karweitjes besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
4. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan Verenigings- of vrijwilligerswerk besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
5. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan dingen voor uzelf (of met uw kinderen) besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
6. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan huishoudelijke werk in huis besteed? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend

U3. Thuiszorg in afgelopen 3 maanden	
1. Heeft u de afgelopen 3 maanden gebruik gemaakt van thuiszorg of andere hulp in huishouding?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1a. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week verpleegkundige hulp door thuiszorg?	<input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1b. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week: huishoudelijke hulp door thuiszorg? (uur/week)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1c. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week andere betaalde huishoudelijke hulp?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1d. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week huishoudelijke hulp door familie of andere bekenden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

= het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd