

## 2. Week 1 - 4 (België)

### Randomisatie, HVPG 1 en 2, opbouwen dosering propranolol

#### A. Patiënt informatie

1. Initialen patiënt (1e letter 1e voornaam, 1e en 2e letter achternaam)	<input type="text"/>																														
2. Geboortedatum	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">dd</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">mm</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>											/		/								dd		/		mm		/		yyyy	
/		/																													
dd		/		mm		/		yyyy																							

#### H. Randomisatie

Randomisatie datum	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">dd</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">mm</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>											/		/								dd		/		mm		/		yyyy	
/		/																													
dd		/		mm		/		yyyy																							
Uitslag randomisatie	<input type="checkbox"/> Arm 1: NSBB <input type="checkbox"/> Arm 2: HVPG-based therapy																														

#### K2. Vital signs bij start propranolol

1. Systolische bloeddruk bij start propranolol (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			
2. Diastolische bloeddruk bij start propranolol (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			
3. Hartfrequentie bij start propranolol (slagen/min)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			

#### K3. Vital signs bij bereiken max. getolereerde dosis propranolol

1. Systolische bloeddruk bij bereiken max. getol. dosis propranolol (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			
2. Diastolische bloeddruk bij maximaal getolereerde dosis propranolol (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			
3. Hartfrequentie bij bereiken maximaal getolereerde dosis propranolol (slagen/min)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...	
			<input type="checkbox"/> Onbekend			

#### L1. HVPG 1 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)

1. HVPG 1 verricht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag M1.1.) <input type="checkbox"/> Onbekend																														
• 1a. Indien HVPG1 verricht, datum HPVG 1?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">dd</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">mm</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>											/		/								dd		/		mm		/		yyyy	
/		/																													
dd		/		mm		/		yyyy																							
• 1b. Indien HVPG1 verricht, vena cava inferior druk (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...																										
			<input type="checkbox"/> Onbekend																												
• 1c. Indien HVPG1 verricht, wedged vena hepatica druk (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...																										
			<input type="checkbox"/> Onbekend																												
• 1d. Indien HVPG1 verricht, vrije vena hepatica druk (mmHg)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				...of...																										
			<input type="checkbox"/> Onbekend																												

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

(ga naar volgende pagina)

<b>L1. HVPG 1 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)</b>	
• 1e. Indien HVPG1 verricht, gradiënt (wedged HV - vrije HV druk) (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1f. Indien HVPG1 verricht, complicatie a.g.v. HVPG? <b>Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

<b>L2. HVPG 2 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)</b>	
1. HVPG 2 verricht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag M1.1.) <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1a. Indien HVPG2 verricht, datum HPVG 2?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd / mm / yyyy
• 1b. Indien HVPG2 verricht, vena cava inferior druk (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1c. Indien HVPG2 verricht, wedged vena hepatica druk (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1d. Indien HVPG2 verricht, vrije vena hepatica druk (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1e. Indien HVPG2 verricht, gradiënt (wedged HV - vrije HV druk) (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1f. Indien HVPG2 verricht, complicatie a.g.v. HVPG? <b>Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

<b>M1. Ophogen dosis propranolol</b>	
1. Startdatum propranolol	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd / mm / yyyy
2. Datum maximaal getolereerde dosis propranolol	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd / mm / yyyy
3. Maximaal getolereerde dosis propranolol/dag (mg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

(ga naar volgende pagina)

<b>R. Euroqol-5D</b>	
1. Mobiliteit	<input type="checkbox"/> Ik heb geen problemen met lopen <input type="checkbox"/> Ik heb enige problemen met lopen <input type="checkbox"/> Ik ben bedlegerig
2. Zelfzorg	<input type="checkbox"/> Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden <input type="checkbox"/> Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden <input type="checkbox"/> Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden
3. Dagelijkse activiteit	<input type="checkbox"/> Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten <input type="checkbox"/> Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten <input type="checkbox"/> Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren
4. Pijn/klachten	<input type="checkbox"/> Ik heb geen pijn of andere klachten <input type="checkbox"/> Ik heb matige pijn of andere klachten <input type="checkbox"/> Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten
5. Stemming	<input type="checkbox"/> Ik ben niet angstig of somber <input type="checkbox"/> Ik ben matig angstig of somber <input type="checkbox"/> Ik ben angstig of somber
6. Uw gezondheidstoestand vandaag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...of... <input type="checkbox"/> Niet ingevuld

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

(ga naar volgende pagina)

**S1. RAND-36: Gezondheid in het algemeen**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?                                   | <input type="checkbox"/> Uitstekend<br><input type="checkbox"/> Erg goed<br><input type="checkbox"/> Goed<br><input type="checkbox"/> Redelijk<br><input type="checkbox"/> Slecht  |
| 2. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen? | <input type="checkbox"/> Veel beter dan een jaar geleden<br><input type="checkbox"/> Iets beter dan een jaar geleden<br><input type="checkbox"/> Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden<br><input type="checkbox"/> Iets slechter dan een jaar geleden<br><input type="checkbox"/> Veel slechter dan een jaar geleden |

**S2. RAND-36: Op dit moment beperkt door uw gezondheid bij deze bezigheden**

- |   |   |
|---|---|
| 3a. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij forse inspanning?              | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3b. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij matige inspanning?             | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3c. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij tillen of boodschappen dragen? | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3d. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij een paar trappen oplopen?      | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3e. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij één trap oplopen?              | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3f. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij buigen, knielen of bukken?     | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3g. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij meer dan een kilometer lopen?  | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3h. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij een halve kilometer lopen?     | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3i.. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij honderd meter lopen?          | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |
| 3j. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij uzelf wassen of aankleden?     | <input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt<br><input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt<br><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt |

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

(ga naar volgende pagina)

<b>S3. RAND-36: Problemen bij dagelijkse bezigheden t.g.v. lichamelijke gezondheid</b>	
4a. Heeft u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4b. Heeft u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4c. Was u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken beperkt in het soort werk of het soort bezigheden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4d. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken moeite met het werk of andere bezigheden ( het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>S4. RAND-36: Problemen bij dagelijkse bezigheden t.g.v. een emotioneel probleem.</b>	
5a. Heeft , ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5b. Heeft , ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5c. Heeft , ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken ander werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>S5. RAND-36: Problemen in uw sociale bezigheden?</b>	
6. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin,vrienden, burens of anderen?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Een klein beetje <input type="checkbox"/> Nogal <input type="checkbox"/> Veel <input type="checkbox"/> Heel erg veel
<b>S6. RAND-36: Pijn</b>	
7. Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Heel licht <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Nogal <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Heel ernstig
8. In weke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Een klein beetje <input type="checkbox"/> Nogal <input type="checkbox"/> Veel <input type="checkbox"/> Heel erg veel

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

(ga naar volgende pagina)

**S7. RAND-36: Hoe heeft u zich de afgelopen 4 weken gevoeld?**

9a. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich levenslustig?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9b. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich zenuwachtig?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9c. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9d. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich kalm en rustig?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9e. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich energiek?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9f. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich neerslachtig en somber?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9g. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich uitgeblust?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

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

(ga naar volgende pagina)

**S7. RAND-36: Hoe heeft u zich de afgelopen 4 weken gevoeld?**

9h. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9i. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit

**S8. RAND-36: Overig**

10. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
11a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	<input type="checkbox"/> Volkomen juist <input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist
11b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	<input type="checkbox"/> Volkomen juist <input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist
11c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	<input type="checkbox"/> Volkomen juist <input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist
11d. Mijn gezondheid is uitstekend	<input type="checkbox"/> Volkomen juist <input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist

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

 = verplicht item   
 = het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd