

### 4. Maand 6-12-18-24

#### 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?

- Geen wijziging (Ga naar vraag N.1.)
- Ja, stop
- Ja, verandering dosering
- Onbekend

• 3a. Indien wijziging, datum wijziging

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / yyyy

• 3b. Indien wijziging is 'Stop', reden stoppen medicatie

- Intolerantie
- Noncompliance
- Beslissing behandelaar
- Anders
- Onbekend

o 3b.1. Indien 'Reden' is 'Anders', specificieer


• 3c. Indien wijziging is 'Verandering dosering', nieuwe totale dosis propranolol/dag

						...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																											
• 5a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>	/	/		dd	mm	yyyy																					
/	/																											
dd	mm	yyyy																										
• 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																											
◦ 5b.1. Indien 'Reden' is 'Anders', specificieer	<table border="1" style="width: 100%; height: 200px;"> <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>																											
• 5c. Indien wijziging is 'Verandering dosering', nieuwe totale dosis propranolol/dag	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">...</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">of...</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Onbekend</td> </tr> </table>	...	of...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend																							
...	of...																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend																											
(mg) <b>Voor meer wijzigingen in dosering propranolol, maak gebruik van het kopieerblad - Wijziging dosis propranolol (Bijlage 2).</b>	<input type="checkbox"/>																											

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

(ga naar volgende pagina)

<b>N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn</b>																	
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> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </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																
◦ 1c.1. 'Anders, nl...'	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
• 1e. 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)

<b>N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn</b>																	
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: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </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: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> </table>																

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

(ga naar volgende pagina)



<b>N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn</b>																	
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 style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </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 style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> </table>																

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

(ga naar volgende pagina)

<b>N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn</b>																	
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 style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </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 style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 15px;"> </td></tr> </table>																
<b>Voor meer wijzigingen in medicatie, maak gebruik van het kopieerblad - Wijziging in medicatie (Bijlage 3).</b>	<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 (g/L)

  ...of...  
 Onbekend
3. Trombocyten (x10<sup>9</sup>/L)
  ...of...  
 Onbekend

4. INR

  ...of...  
 Onbekend

5. Protrombinetijd (s)

  ...of...  
 Onbekend

6. Na (mmol/L)

  ...of...  
 Onbekend

7. Creatinine (mg/dL)

  ...of...  
 Onbekend

8. Wordt de patiënt gedialyseerd?

 Ja  
 Nee  
 Onbekend

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

  ...of...  
 Onbekend

9. Ureum (mg/dL)

  ...of...  
 Onbekend

10. Bilirubine (mg/dL)

  ...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)

<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

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

(ga naar volgende pagina)

**R. Euroqol-5D**

6. Uw gezondheidstoestand vandaag


...of...

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

(ga naar volgende pagina)

<b>S1. RAND-36: Gezondheid in het algemeen</b>	
1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Erg goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Redelijk <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 <input type="checkbox"/> Iets beter dan een jaar geleden <input type="checkbox"/> Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden <input type="checkbox"/> Iets slechter dan een jaar geleden <input type="checkbox"/> Veel slechter dan een jaar geleden

<b>S2. RAND-36: Op dit moment beperkt door uw gezondheid bij deze bezigheden</b>	
3a. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij forse inspanning?	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <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 <input type="checkbox"/> Ja een beetje beperkt <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt

<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

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

(ga naar volgende pagina)

<b>S3. RAND-36: Problemen bij dagelijkse bezigheden t.g.v. lichamelijke gezondheid</b>	
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 beizgheden 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 probelemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin,vrienden, buren 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 erntig
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)

<b>S7. RAND-36: Hoe heeft u zich de afgelopen 4 weken gevoeld?</b>	
9a. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9b. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich zenuwachtig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9c. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9d. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9e. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich energiek?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9f. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit
9g. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> 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?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

9i. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich moe?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 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?

- Voortdurend  
 Meestal  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

11a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen

- Volkomen juist  
 Grotendeels juist  
 Weet ik niet  
 Grotendeels onjuist  
 Volkomen onjuist

11b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken

- Volkomen juist  
 Grotendeels juist  
 Weet ik niet  
 Grotendeels onjuist  
 Volkomen onjuist


11c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan

- Volkomen juist  
 Grotendeels juist  
 Weet ik niet  
 Grotendeels onjuist  
 Volkomen onjuist

11d. Mijn gezondheid is uitstekend

- Volkomen juist  
 Grotendeels juist  
 Weet ik niet  
 Grotendeels onjuist  
 Volkomen onjuist

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

 = het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd