

2. Week 1 - 4**Randomisatie, HVPG 1 en 2, opbouwen dosering propranolol****A. Patiënt informatie**

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

2. Geboortedatum

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		/ mm		/ yyyy			

H. Randomisatie

Randomisatie datum

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		/ mm		/ yyyy			

Uitslag randomisatie

 Arm 1: NSBB
 Arm 2: HVPG-based therapy
K2. Vital signs bij start propranolol

1. Systolische bloeddruk bij start propranolol (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

2. Diastolische bloeddruk bij start propranolol (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

3. Hartfrequentie bij start propranolol (slagen/min)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

K3. Vital signs bij bereiken max. getolereerde dosis propranolol

1. Systolische bloeddruk bij bereiken max. getol. dosis propranolol (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

2. Diastolische bloeddruk bij maximaal getolereerde dosis propranolol (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

3. Hartfrequentie bij bereiken maximaal getolereerde dosis propranolol (slagen/min)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

L1. HVPG 1 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)

1. HVPG 1 verricht?

 Ja
 Nee (Ga naar vraag M1.1.)
 Onbekend

• 1a. Indien HVPG1 verricht, datum HPVG 1?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		/ mm		/ yyyy			

• 1b. Indien HVPG1 verricht, vena cava inferior druk (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

• 1c. Indien HVPG1 verricht, wedged vena hepatica druk (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

• 1d. Indien HVPG1 verricht, vrije vena hepatica druk (mmHg)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...of...
			<input type="checkbox"/> Onbekend

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

(ga naar volgende pagina)

L1. HVPG 1 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)	
• 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? Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

L2. HVPG 2 (Indien gerandomiseerd voor groep 2)	
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? Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

M1. Ophogen dosis propranolol	
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)

R. Euroqol-5D	
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)

S1. RAND-36: Gezondheid in het algemeen	
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

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 <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

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

(ga naar volgende pagina)

S3. RAND-36: Problemen bij dagelijkse bezigheden t.g.v. lichamelijke gezondheid

- | | |
|---|---|
| 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 |

S4. RAND-36: Problemen bij dagelijkse bezigheden t.g.v. een emotioneel probleem.

- | | |
|---|---|
| 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 |

S5. RAND-36: Problemen in uw sociale bezigheden?

- | | |
|---|--|
| 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 |
|---|--|

S6. RAND-36: Pijn

- | | |
|---|---|
| 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?	<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)

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