

4. Maand 6-12-18-24 (België)

H. Visit

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|--|----|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|----|--|---|--|----|--|--------|--|--|--|
| 1. Betreft visit | <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Week 1-4 <input type="checkbox"/> Maand 3 <input type="checkbox"/> Maand 6 <input type="checkbox"/> Maand 9 <input type="checkbox"/> Maand 12 <input type="checkbox"/> Maand 15 <input type="checkbox"/> Maand 18 <input type="checkbox"/> Maand 21 <input type="checkbox"/> Maand 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Datum visit | <table border="1" style="display: inline-table; 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"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="4"></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="4" style="text-align: center;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | / | | | / | | | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

I. Patiënt informatie

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|----|--|---|--|----|--|--------|--|--|--|
| 1. Initialen patiënt (1e letter 1e voornaam, 1e en 2e letter achternaam) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Geboortedatum | <table border="1" style="display: inline-table; 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"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="4"></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="4" style="text-align: center;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | / | | | / | | | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|----|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| • 1a. Indien 'Gestopt', reden van stoppen | markeer voor <i>elke</i> optie J(ja), N(neen) of ?(onbekend) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">J</th> <th style="width: 5%;">N</th> <th style="width: 5%;">?</th> <th style="width: 85%;">optie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Lost to follow-up</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>(Serious) Adverse Event</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Non compliant</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Patiënt getransplanteerd</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Intrekken toestemming</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Patiënt overleden</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Beslissing onderzoeker</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Anders</td> </tr> </tbody> </table> | J | N | ? | optie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lost to follow-up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Serious) Adverse Event | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Non compliant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patiënt getransplanteerd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intrekken toestemming | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patiënt overleden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beslissing onderzoeker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anders |
| J | N | ? | optie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lost to follow-up | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Serious) Adverse Event | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Non compliant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patiënt getransplanteerd | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intrekken toestemming | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patiënt overleden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beslissing onderzoeker | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anders | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • 1b. Indien 'Intrekken toestemming', datum | <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</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;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | / | | | / | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • 1c. Indien '(S)AE', datum (S)AE | <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</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;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | / | | | / | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • 1d. Indien 'Patiënt overleden', datum overlijden | <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</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;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | / | | | / | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • 1e. Indien 'Patiënt getransplanteerd', datum transplantatie | <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</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;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | / | | | / | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Datum laatste contact/controlé | <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">/</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;">/ yyyy</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | / | | | / | | | dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dd | | / | | mm | | / yyyy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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"> <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 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"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • 1e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden) | <table border="1"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|---|------|---|--|--|--|--|----|--|----|--|------|--|--|--|
| 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"> <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 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"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </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"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|---|------|---|--|--|--|--|----|--|----|--|------|--|--|--|
| 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"> <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, 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"> <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"> <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"> <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 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"> <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"> <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 (België) (g/dL) ...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 (België) (mg/dL) ...of...
 Onbekend

8. Wordt de patiënt gedialyseerd?
 Ja
 Nee
 Onbekend

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

9. Ureum (België) (mg/dL) ...of...
 Onbekend

10. Bilirubine (België) (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)

| 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 |

| 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 |

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

(ga naar volgende pagina)

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

| 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? | <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)

 = het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd