

PPBP Vragenlijst

Persoonlijke gegevens

Voorletters + Achternaam

Adres

Postcode + Woonplaats

Geboortedatum |__|_|-|__|_|-|__|_|

Voornaam

Datum van invullen |__|_|-|__|_|-|__|_|

Instructie

- Lees iedere vraag en de antwoordmogelijkheden eerst aandachtig door.
- De vragenlijst bevat geen toetsvragen of strik vragen.
- Het gaat er om dat u uw eigen antwoorden/mening geeft.
- Er bestaan geen goede of foute/slechte antwoorden.
- Het is bedoeling dat u de vragenlijst zelf invult, zonder hulp van anderen.
- Uw eerste ingeving is meestal het juiste antwoord.
- Er is gebleken dat het bij een aantal vragen moeilijk kiezen is uit de antwoordmogelijkheden. Indien u twijfelt over het goede antwoord, kies dan het antwoord dat het dichtst in de buurt komt van wat u denkt.
- Geef op elke vraag één antwoord. U beantwoordt de vragen door een kruisje te zetten in het hokje bij het antwoord van uw keuze.
- Als u het verkeerde vakje heeft aangekruist, kunt u dit verbeteren door dit verkeerde vakje helemaal op te vullen en bij het juist aangekruiste vakje een pijl te zetten.

Ontstaan/beloop klachten

1. a **Wanneer** zijn de *eerste klachten* ontstaan?

- tijdens het 1^e trimester van de zwangerschap
- tijdens het 2^e trimester van de zwangerschap
- tijdens het 3^e trimester van de zwangerschap
- na de bevalling

b Uitgerekende datum / **bevallingsdatum**: |__|_|-|__|_|-|__|_|_|_|

c De **hoeveelste** zwangerschap is dit?

1^e 2^e 3^e 4^e 5^e

d Heeft u rondom **vorige zwangerschappen** ook bekkenklachten gehad? ja nee

Zo ja, wanneer en in welke mate?

.....
.....

e. Waren er *bijzonderheden* t.a.v. de **bevalling** (bv. vacuümextractie of tangverlossing)?

ja nee

Zo ja, geef hiervan een korte omschrijving.

.....
.....

f. Bij wie bent u onder *controle*?

.....

g. Hoe *verloopt* de zwangerschap tot nu toe (afgezien van uw bekkenklachten)?

.....
.....

2. a **Wat** waren de *eerste klachten*?

.....
.....

b Hoe is het **beloop** van deze klachten tot nu toe?

.....
.....

3. a Bent u voor deze klachten **behandeld**? ja nee

Zo ja, door *wie* en met welk *resultaat*?

.....
.....

b Kunt u **positieve** en **negatieve factoren** noemen die van invloed zijn op uw klachten?

Positieve factoren:

.....
.....

Negatieve factoren:

.....
.....

4. **Wat** zijn de *huidige* klachten?

.....
.....

5. Was u **voor de bekkenklachten** al bekend met een van *onderstaande problemen*? Zo ja geef hiervan een korte omschrijving?

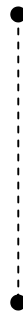
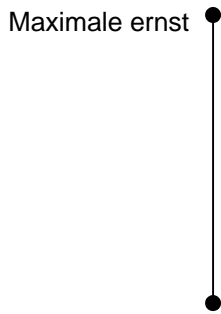
	ja	nee	toelichting
beenlengteverschil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
knieklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voetklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heupklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lage rugklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nekkklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er ooit sprake geweest van een **ongeval** of **val**? ja nee

Zo ja, wanneer? Geef hiervan een korte omschrijving:

.....
.....

6. Schets hieronder middels het **trekken van één lijn** het *beloop* van uw klachten *in de tijd*. Zet uw pen op het verticale lijnstuk bij "eerste klachten" op de hoogte die volgens u de ernst van uw eerste klachten weergeeft. Trek van af dit punt één lijn naar rechts tot en met de stippellijn ter hoogte van "klachten nu". De lijn geeft het beloop van uw klachten in de tijd weer, de *lijn stijgt* dus als de klachten *toenemen* en *daalt* als de klachten *afnemen*.



Geen klachten

Eerste klachten

Klachten nu

7. **Wat** hoopt u bij *Paramedicum* te bereiken?

.....

.....

.....

.....

Klachten

1. Heeft u **last** gehad van één of meer van onderstaande *symptomen* in de afgelopen 2 weken? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

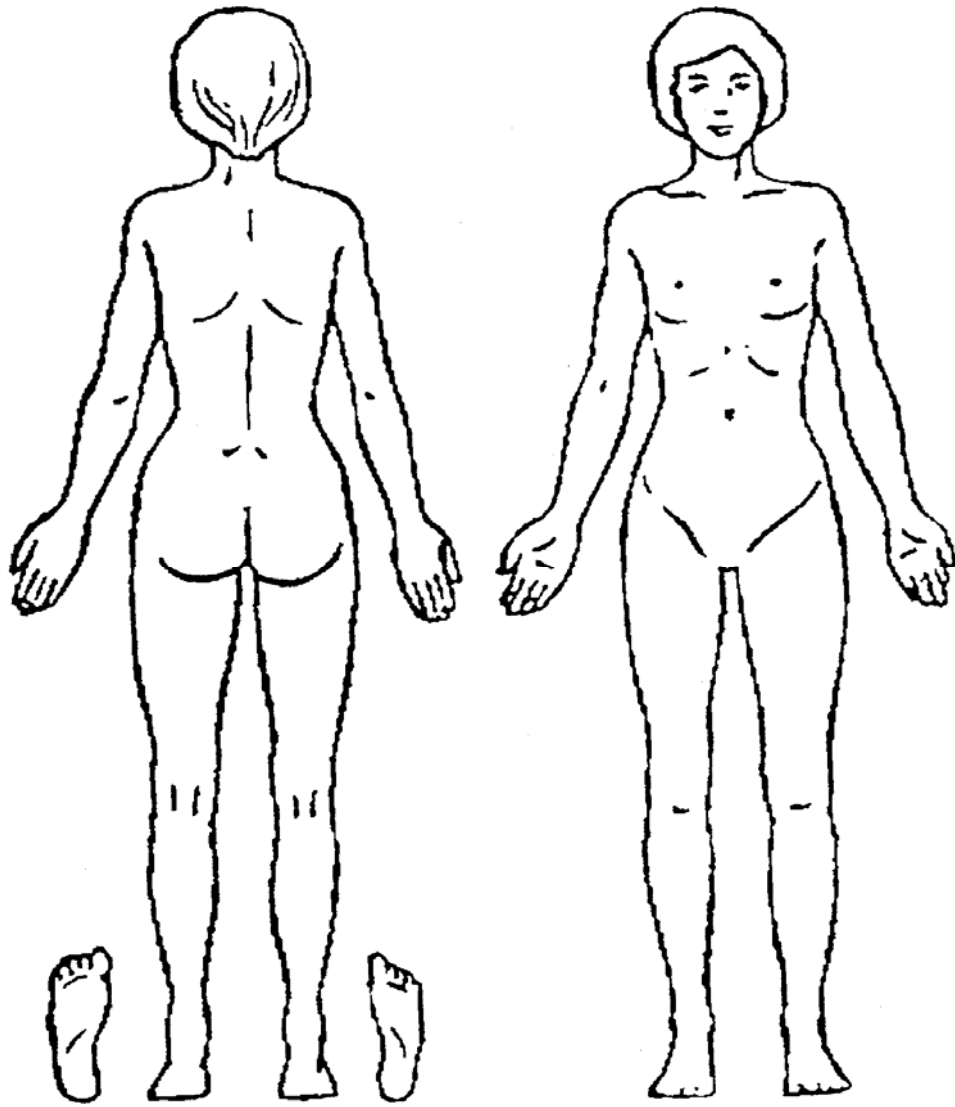
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pijn | <input type="checkbox"/> Doof en/of veranderd gevoel | <input type="checkbox"/> Verandering in huidskleur |
| <input type="checkbox"/> Plaatselijke vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Irritatie en/of prikkelingen | <input type="checkbox"/> Verandering in temperatuur |
| <input type="checkbox"/> Kramp | <input type="checkbox"/> Slapheid / krachtsverlies | <input type="checkbox"/> Transpireren |
| <input type="checkbox"/> Stijfheid | <input type="checkbox"/> Koud gevoel | <input type="checkbox"/> Stuwingsgevoel |
| <input type="checkbox"/> Steken | <input type="checkbox"/> Zwellingen | <input type="checkbox"/> Beurs gevoel |

- Anderszins, nl:

Welke **3 symptomen** staan bij u het meest op de **voorgond**?

- 1:
- 2:
- 3:

2. Geef op de plaatjes de *lokalisatie* van de klachten aan **in de afgelopen 2 weken**.



3. Kunt u hieronder het hokje aankruisen dat de **ernst** van de door u gevoelde **klachten** aangeeft **in de afgelopen 24 uur**?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
geen klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ondraaglijke pijn

Activiteiten

4. Heeft u tijdens de volgende **activiteiten** klachten?

ja nee

staan: Klachten ontstaan na min. / uren

lopen: Klachten ontstaan na min. / uren

zitten: Klachten ontstaan na min. / uren

5. Heeft u klachten van uw **bekkenbodem**? ja nee

Toelichting:

.....

6. Maakt u gebruik van de volgende **hulpmiddelen**?

bekkenband

buikondersteunende band

krukken

rolstoel

Anderszins, nl:

Uitvoering dagelijkse activiteiten

Onderstaande vragenlijst gaat over de manier waarop uw rug- of bekkenklachten uw **dagelijks leven** beïnvloeden. Mensen met rug- of bekkenklachten kunnen moeite hebben met het uitvoeren van sommige dagelijkse activiteiten. Wij willen graag weten of u moeite heeft met het uitvoeren van onderstaande activiteiten vanwege uw rug- of bekkenklachten. Indien u sommige activiteiten om een of andere reden niet doet probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn als u het deed. Wilt u bij iedere activiteit een antwoord kiezen (geen activiteit overslaan) en het daarbij behorende hokje aanstrepen.

Heeft u moeite om de volgende activiteiten uit te voeren vanwege uw rug- of bekkenklachten?

	totaal geen moeite	nauwelijks moeite	enige moeite	veel moeite	zeer veel moeite	niet in staat
1 Opstaan uit bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 De hele nacht slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Omdraaien in bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Auto rijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 20 tot 30 minuten (achter elkaar) staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Enkele uren in een stoel zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Een trap op lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Een klein eindje lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Enkele kilometers lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Naar een hoge plank reiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Een bal werpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Een eindje hardlopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Iets uit de koelkast pakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Het bed opmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Sokken (of panty) aantrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Voorover buigen om bijvoorbeeld de badkuip of W.C. schoon te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Een stoel verplaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Een zware deur opentrekken of openduwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Dragen van 2 tassen met boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Een zware koffer optillen en dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit **niet** invullen: x 0 = x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

..... + + + + + =

Belangrijkste klacht(en)

Wij vragen u nu de **dagelijkse activiteiten / bezigheden** te beschrijven die door uw klachten **het moeilijkst zijn** om uit te voeren. Geef vervolgens aan hoe moeilijk het was deze activiteiten / bezigheden uit te voeren.

1.
2.
3.

Activiteit 1

Hoe **moeilijk** was het in de *afgelopen week* om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Activiteit 2

Hoe **moeilijk** was het in de *afgelopen week* om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Score:

--	--	--	--

Totaal:

--

Herstel

- Hoe snel herstelt** u van uw klachten, na een klachtentoeename?
.....(dagen / uren / minuten / seconden)
- Is er dan sprake van een **volledig** herstel?
 Ja
 Nee, *restklacht* bestaat uit:
- Wat** hebt u **nodig** om te kunnen herstellen?
.....
.....
- Hoeveel dagen** van de week staat u 's ochtends **fris en wakker** op?
 0 1 2 3 4 5 6 7
- Voelt u zich vaak **vermoeid**? ja nee
Zo ja, *op welke momenten* voelt u zich vermoeid?
.....
.....
- Hoe snel herstelt** u van uw vermoeidheid?
.....(dagen / uren / minuten)

Andere klachten

- Hebt u **op dit moment**, naast de bekkenklachten, last van **andere lichamelijke klachten**?
 Nee
 Ja, namelijk:
- Hebt u **op dit moment**, naast de bekkenklachten, last van **psychische / niet-lichamelijke klachten**?
 Nee
 Ja, namelijk:
- Gebruikt u momenteel **medicijnen**?
 Nee
 Ja, *naam* van de medicijnen:

4. Zijn deze medicijnen *effectief*?

Nee

Ja ^ Welk effect merkt u er van?

Thuisituatie

1. Zijn er bepaalde **huishoudelijke taken** die *t.g.v. uw klachten problemen* opleveren?

Nee

Ja, welke?

2. Levert de **verzorging** van eventuele **kinderen** problemen op?

ja

nee

n.v.t.

3. Kunt u bovenstaande **problemen oplossen** m.b.v. *familie* of *vrienden*?

ja

nee

4. Krijgt u hulp van de **thuiszorg**?

ja

nee

5. Is bovenstaande hulp voor uw situatie **toereikend**?

ja

nee

n.v.t.

Toelichting:

.....

Lichamelijke activiteit

1. Doet u aan **sport** (als lid van een club of ongeorganiseerd)?

ja

nee

2. **Welke** sport(en) beoefent u?

1:

2:

3:

3. **Hoeveel tijd per week** besteedt u aan *sport*?

minder dan 1 uur

1 à 3 uur

>3 uur

4. Bent u door uw klachten **minder** gaan sporten?

ja

nee

Zo ja, in welke mate?

.....
.....

5. Als u zichzelf met anderen van dezelfde leeftijd vergelijkt, hoe **actief** vindt u zichzelf dan?
(rekening houdend met uw zwangerschap)
- veel actiever
 actiever
 even actief
 minder actief
 veel minder actief
6. Hoe vaak maakt u **in uw vrije tijd** een *wandeling* of een *fietstocht*?
- nooit
 zelden
 soms
 regelmatig
 vaak
7. Hoe lang bent u per dag **lopend** en/of met de **fiets** onderweg?
(*van en naar werk, school, boodschappen, sportclub etc.*)
- minder dan 5 minuten
 5 tot 15 minuten
 16 tot 30 minuten
 31 tot 45 minuten
 meer dan 45 minuten

Werk

1. Heeft u **betaald werk**?
- Nee
 Ja, ik werk als:

Werkbelasting

1. Hoeveel uur **per week** werkt u? uren
2. Hoeveel uur **per dag** werkt u *gemiddeld*? uren
3. Hoeveel uur per dag **staat** of **loopt** u *tijdens uw werk*? uren
4. Hoeveel uur per dag **zit** u *tijdens uw werk*? uren

Pauzes

1. Heeft u tijdens uw werk **pauzemogelijkheden**? ja nee

- 2 Beschrijf deze pauze's per dagdeel (hoeveel minuten per pauze, hoeveel pauzes per dagdeel, etc)
3. Wat doet u tijdens deze pauzes?

Werkplek

1. Heeft u een **comfortabele werkplek**?

- Ja
 Nee ^ Welke **aanpassingen** zou u graag willen hebben?

.....

2. Heeft u de **afgelopen 3 maanden verzuimd** van uw werk?

- Nee
 Ja ^ namelijk: dagen / weken / maanden (omcirkel wat van toepassing is)

Hing / hangt dit verzuim samen met uw **huidige klachten**? ja nee

Houding werkgever & bedrijfsarts

1. Voelt u zich met uw klachten **begrepen / erkend** door uw **werkgever / chef**?

- Nee
 Ja

Eventuele toelichting:

.....
.....

2. Voelt u zich met uw klachten **begrepen / erkend** door uw **bedrijfsarts**?

- Nee
 Ja

Eventuele toelichting:

.....
.....

3. Zijn er **concrete afspraken** gemaakt met uw **bedrijfsarts**?

- Nee

- Ja, namelijk m.b.t. **ziektewet** % ziektewet
 m.b.t. **WAO** % WAO
 m.b.t. **totaal reïntegratieplan**
 m.b.t. **werken op therapeutische basis** % op therapeutische basis

..... uur per dag

..... dagen per week

4. Bevindt u zich op dit moment in een **juridisch conflict**:

Nee

Ja

a) Heeft dit te maken met uw *bekkenklachten*?

Nee

Ja

b) Ingeval van een 'bekkenklachtengerelateerd' conflict; met wie heeft u dit conflict?

Werkgever

Bedrijfsarts

Anders, namelijk:

TOT SLOT

Heeft u verder nog **vragen** of **opmerkingen** over uw bekkenklachten?

.....

.....

.....

Wilt u voordat u de vragenlijst inlevert controleren of u geen vragen of pagina's heeft overgeslagen?

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Bronvermelding

Literatuur:

J.M.A. Mens. *Pegnancy-related low back pain. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam 2000*

J.M.A. Mens, A. Vleeming, C.J. Snijders, I. Ronchetti, A.Z. Ginai, H.J. Stam. *Responsiveness of outcome measurements in rehabilitation of patients with posterior pelvic pain since pregnancy. Spine. 2002 May 15;27(10):1110-5*

J.M.A. Mens. *Bekkeninstabiliteit. Nederlands Paramedisch Instituut*

Cecile Rost. *Bekkenpijn tijdens en na de zwangerschap. 1998*

Richtlijnen voor de fysiotherapeutische verslaglegging. KNGF 2003

Vragenlijsten:

VAS Score

Quebec Back Pain Disability Scale

De Tampa scorelijst score <37 geen vreesachtigheid score >37 wel vreesachtigheid

Patiënt Specifieke Klachten