

Patiënt beschrijving (in te vullen door arts/secretariaat)

LROI ziekenhuisnummer

LROI patiëntnummer

Patiëntkenmerken

Wat is uw patiëntnummer?

Wat is uw geslacht? *

- Man
 Vrouw

Wat is uw geboortedatum?

<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>yyyy</i>
-----------	-----------	-------------

Wat is uw e-mailadres?

(indien u hier uw e-mailadres invult, geeft u ons toestemming om de volgende vragenlijst per e-mail toe te sturen)

Algemene vragen

Datum van vandaag

<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>yyyy</i>
-----------	-----------	-------------

Welke heup wordt/is geopereerd?*

- Rechter heup
 Linker heup

Heeft de operatie al plaatsgevonden?*

- Nee
 Ja, er is bij mij 3 maanden geleden een prothese geplaatst
 Ja, er is bij mij 12 maanden geleden een prothese geplaatst

* Graag aankruisen wat van toepassing is.

NRS Pijn score

Hoeveel pijn van uw heup (operatie zijde) heeft u **DE AFGELOPEN WEEK** ervaren...

...in rust?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geen pijn	<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"/>	Zeer hevige pijn

...tijdens het belasten?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geen pijn	<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"/>	Zeer hevige pijn

HOOS - PS

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw heup. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten en recreatieve/sportactiviteiten uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel moeite u **DE AFGELOPEN WEEK** heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw heup.

	Geen	Geringe	Matige	Veel	Erg veel
Trap aflopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In / uit bad of douche gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hardlopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Draaien op een belast been	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQ-5D (kwaliteit van leven)

© EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje dat het best past bij uw gezondheid **VANDAAG**.

MOBILITEIT

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb een beetje problemen met lopen
- Ik heb matige problemen met lopen
- Ik heb ernstige problemen met lopen
- Ik ben niet in staat om te lopen

ZELFZORG

- Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN (bijv. Werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

PIJN/ONGEMAK

- Ik heb geen pijn of ongemak
- Ik heb een beetje pijn of ongemak
- Ik heb matige pijn of ongemak
- Ik heb ernstige pijn of ongemak
- Ik heb extreme pijn of ongemak

ANGST/SOMBERHEID

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben een beetje angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber
- Ik ben extreem angstig of somber

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.
- De meetschaal loopt van 0 tot 100.
- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- Markeer een X op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.
- Noteer het getal waarbij u de X heeft geplaatst in onderstaand vakje.

UW GEZONDHEID VANDAAG =

De beste gezondheid
die u zich kunt
voorstellen

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

De slechtste
gezondheid die u zich
kunt voorstellen

Ankervraag heup score (alleen in te vullen na operatie)

Hoe is uw algemeen dagelijkse functioneren veranderd sinds de operatie aan uw heup?

- Erg veel verslechterd
- Veel verslechterd
- Beetje verslechterd
- Niet veranderd
- Beetje verbeterd
- Veel verbeterd
- Erg veel verbeterd

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst.