

Set A Patiënt:

PDQ 39, Vallen en fracturen, Werk en participatie, SQUASH

PDQ-39 (Kwaliteit van leven)

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u) vanwege de ziekte van Parkinson....

Kruis slechts één hokje aan per vraag

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd of
kan het
helemaal
niet

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. moeilijkheden ondervonden bij het uitvoeren van de vrije tijds-activiteiten die u wilden doen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. moeilijkheden gehad met huishouden bijvoorbeeld kleine reparaties, schoonmaken en koken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. moeilijkheden met het dragen van uw boodschappen gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. problemen gehad met 1 km lopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. problemen met 100 meter lopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. problemen gehad met rondlopen in huis. Gaat niet meer zo gemakkelijk als u zou willen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. moeilijkheden ervaren met het vertoeven in openbare gelegenheden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. iemand nodig gehad om u te begeleiden als u uitging? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. zich angstig en bezorgd gevoeld om te vallen in het bijzijn van anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. hebt u zich meer aan huis gebonden gevoeld dan u zou willen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. moeite gehad u zelf te wassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. moeite gehad met aan- en uitkleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. problemen gehad met knopen dichtmaken of schoenveters strikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. problemen gehad met duidelijk te schrijven? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u) vanwege de ziekte van Parkinson....

Kruis slechts één hokje aan per vraag

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd of
helemaal niet kan het

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. moeilijkheden gehad met het snijden van voedsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. problemen gehad met het vasthouden van uw glas of kopje zonder te morsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. zich depressief gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. zich geïsoleerd en eenzaam gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. zich huilerig gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. zich boos of verbitterd gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. zich bezorgd en/ of angstig gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. zich bezorgd gevoeld om uw toekomst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. het gevoel gehad dat u het feit dat u aan de ziekte van Parkinson lijdt moest verbergen voor andere mensen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. situaties met betrekking tot het eten en drinken in openbare gelegenheden vermeden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. gevoeld in verlegenheid te zijn gebracht in het bijzijn van andere mensen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. zich zorgen gemaakt over hoe andere mensen op u reageren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. problemen gehad met nauw verbonden persoonlijke relaties? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. de nodige steun gemist van uw partner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. de nodige steun gemist van uw familie of goede vrienden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. overdag onverwacht in slaap gevallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u) vanwege de ziekte van Parkinson....

Kruis slechts één hokje aan per vraag

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd of
kan het
helemaal
niet

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. problemen gehad met uw concentratie, bijvoorbeeld tijdens het lezen of televisie kijken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. gemerkt dat uw geheugen u in de steek liet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. dromen of hallucinaties gehad die u van streek maakten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. moeilijkheden met spreken gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. zich niet in staat gevoeld behoorlijke gesprekken met andere te voeren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. zich door andere mensen genegeerd gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. pijnlijke krampen of samentrekkingen van uw spieren gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. pijn gehad in uw gewrichten of andere delen van uw lichaam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. zich onplezierig warm of koud gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Voorbeeld exemplaar ParkinsonInzicht

Vallen en breken

Bent u de afgelopen maand gevallen?

- Ja
- Nee

Heeft u het afgelopen jaar een botbreuk gehad?

- Ja
- Nee

Zo ja, wat heeft u gebroken?

- Heup
- Arm of pols
- Been of enkel
- Anders, nl

Werk en participatie

Onderstaande vragen gaan over werk en uw sociale leven.

1 Heeft u een betaalde baan of werkt u als zelfstandige?

- Ja, gemiddeld ... uur per week => einde vragenlijst
- Nee, ga naar vraag 2

2. Doet u vrijwilligerswerk?

- Ja, gemiddeld ... uur per week => einde vragenlijst
- Nee, ga naar vraag 3

3. Bent u lid van een (sport)vereniging of volgt u een cursus of opleiding?

- Ja
- Nee

Leefstijlmonitor: Kernmodule Bewegen/sporten

1.	Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?
----	---

Woon-werkverkeer (heen en terug; werk en school) <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in. Met werk bedoelen we zowel betaald werk als vrijwilligerswerk.</i>				
			Dagen per week	Tijd per dag
a.	Lopen van/naar werk of school		___ dagen	___ uren ___ minuten
b.	Fietsen van/naar werk of school		___ dagen	___ uren ___ minuten

Lichamelijke activiteit op het werk of op school <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in. Met werk bedoelen we zowel betaald werk als vrijwilligerswerk.</i>				
			Tijd per week	
c.	Niet, Licht en matig lichamelijk inspannend werk <i>Zittend/staand werk met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten</i>		___ uren per week	
d.	Zwaar lichamelijk inspannend werk <i>Lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild</i>		___ uren per week	

Huishoudelijke activiteiten <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>				
			Dagen per week	Tijd per dag
e.	Licht en matig lichamelijk inspannend huishoudelijk werk <i>Staannd werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen</i>		___ dagen	___ uren ___ minuten
f.	Zwaar lichamelijk inspannend huishoudelijk werk <i>Vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen</i>		___ dagen	___ uren ___ minuten

Vrije tijd <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>				
		Weken per jaar	Dagen per week	Tijd per dag
g.	Wandelen/lopen <i>NB. Exclusief lopen voor woon-werkverkeer</i>		___ dagen	___ uren ___ minuten
h.	Fietsen <i>NB. Exclusief fietsen voor woon-werkverkeer</i>		___ dagen	___ uren ___ minuten
i.	Tuinieren		___ dagen	___ uren ___ minuten
j.	Klussen		___ dagen	___ uren ___ minuten
k.	1. _____	___ weken	___ dagen	___ uren ___ minuten
l.	2. _____	___ weken	___ dagen	___ uren ___ minuten
m.	3. _____	___ weken	___ dagen	___ uren ___ minuten
n.	4. _____	___ weken	___ dagen	___ uren ___ minuten