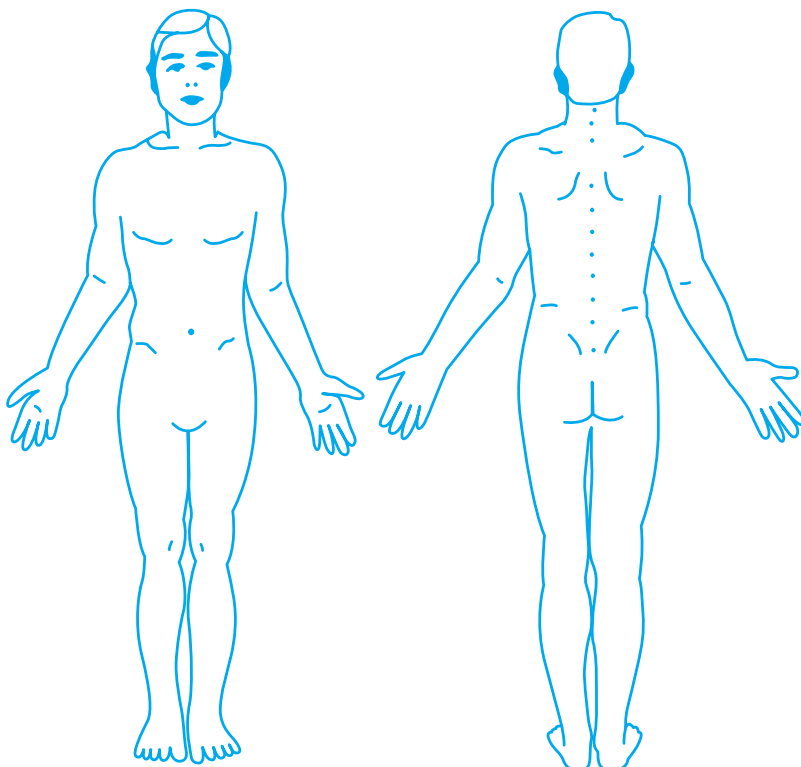


Pijnkaart opvolging

Datum:
...../...../.....

Naam:
Voornaam:
Geslacht:
Geboortedatum:

Plaats (pijnlijke zone arceren)



Beschrijving (gebruik de woorden van de patiënt)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wat verergert de pijn:

Wat vermindert de pijn:

Farmacologische behandeling:

Niet farmacologische behandeling:

Bijwerkingen:

→ Interventies:

→ Interventies:

→ Interventies:

EVALUATIE LEVENSKWALITEIT

Invloed van de pijn op de dagelijkse activiteiten:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

10

Opmerkingen:
.....
.....

Invloed van de pijn op de beroepsactiviteiten:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

10

Opmerkingen:
.....
.....

Invloed van de pijn op de sociale activiteiten:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

10

Opmerkingen:
.....
.....

Invloed van de pijn op de plezierige momenten van het leven: 0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

10

Opmerkingen:
.....
.....

Hoeveel tijd dient u per dag uw normale activiteiten te onderbreken: uur

Kwaliteit van de slaap: zeer goed - goed - matig - slecht - zeer slecht

Moeilijkheden bij het inslapen: nooit - soms - dikwijls - zeer dikwijls

Wakker worden van de pijn: nooit - soms - dikwijls - zeer dikwijls

Andere tekenen:
.....
.....

Opmerkingen:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Opgesteld door: