

* = verplicht, ** = verplicht door validatie regel

Versie: 2023-02-21 - 1.0.1 (Interne code: dnma-proms-2023)

Patiëntgegevens

Patiënt identificatie

Zorginstelling *	
Ziekenhuis patiëntnummer *	
Burger Service Nummer	

Persoonsgegevens

Geboortedatum *	
Geslacht *	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Ongedifferentieerd <input type="checkbox"/> Onbekend
Datum overlijden (indien van toepassing)	

Diagnose en Behandeling

Neuromodulatie behandeling *	<input type="checkbox"/> Spinal Cord Stimulatie <input type="checkbox"/> Intrathecale Drug Delivery <input type="checkbox"/> Intrathecale Baclofen
Datum implantatie elektrode/katheter *	

Diagnose

Diagnose *	<input type="checkbox"/> FBSS (PSPS2) <input type="checkbox"/> FNSS (PSPS2) <input type="checkbox"/> CRPS <input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> DVNP <input type="checkbox"/> Cluster hoofdpijn <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> Perifere zenuwpijn <input type="checkbox"/> Ischemische pijn <input type="checkbox"/> Centrale pijn <input type="checkbox"/> Pijn bij maligniteit <input type="checkbox"/> Dwarslaesie <input type="checkbox"/> Anders
DBC-codering *	<input type="checkbox"/> 11 Hortonse neuralgie/cluster <input type="checkbox"/> 41 Mechanisch/discogeen cervicaal <input type="checkbox"/> 42 Neurogeen cervicaal <input type="checkbox"/> 44 (Chron) Degen. Cervicaal <input type="checkbox"/> 61 Mechanisch/discogeen thoracaal <input type="checkbox"/> 71 Mechanisch/discogeen lage rugklacht <input type="checkbox"/> 75 Acute radiculare pijn (tot 6 maanden) <input type="checkbox"/> 76 Chronische radiculare pijn (>6 maanden) <input type="checkbox"/> 100 Pijn bij maligniteit <input type="checkbox"/> 110 Ischaem pijn a/d extremiteiten <input type="checkbox"/> 120 Centrale pijn <input type="checkbox"/> 130 Perifere zenuwpijn (incl PHN) <input type="checkbox"/> 150 Complex regionaal pijnsyndroom <input type="checkbox"/> 2705 Wervelkolom: plaatsen of revisie <input type="checkbox"/> electrostimulator of pompsysteem (alleen voor neurochirurgen)
Datum start pijnklachten (bij benadering, zie helptekst)	

Algemeen

Datum PROMs *	
Moment PROMs *	<input type="checkbox"/> Intake <input type="checkbox"/> Direct na definitieve implantatie <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> 6 maanden <input type="checkbox"/> 1 jaar <input type="checkbox"/> 2 jaar <input type="checkbox"/> 3 jaar <input type="checkbox"/> 4 jaar <input type="checkbox"/> 5 jaar <input type="checkbox"/> 6 jaar <input type="checkbox"/> 7 jaar <input type="checkbox"/> 8 jaar <input type="checkbox"/> 9 jaar <input type="checkbox"/> 10 jaar <input type="checkbox"/> 11 jaar <input type="checkbox"/> 12 jaar <input type="checkbox"/> 13 jaar <input type="checkbox"/> 14 jaar <input type="checkbox"/> 15 jaar <input type="checkbox"/> 16 jaar <input type="checkbox"/> 17 jaar <input type="checkbox"/> 18 jaar <input type="checkbox"/> 19 jaar <input type="checkbox"/> 20 jaar

Pijnklachten	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Pijn in nek, schouders of hoog in de rug (met of zonder uitstraling naar 1 of beide armen)
	<input type="checkbox"/> Pijn in 1 of beide ellebogen, polsen of handen	<input type="checkbox"/> Pijn onder in de rug (met of zonder uitstraling naar 1 of beide benen)
	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in 1 of beide heupen of knieën	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in 1 of beide enkels of voeten
	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in borst of buik	<input type="checkbox"/> Anders
Opleidingsniveau	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Lagere school/basisonderwijs
	<input type="checkbox"/> Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LHNO, LEAO)	<input type="checkbox"/> VMBO-basis
	<input type="checkbox"/> MAVO/(M)ULO	<input type="checkbox"/> VMBO-kader/GL/TL
	<input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO, MBO-handel)	<input type="checkbox"/> HAVO/VWO/MMS/HBS/Lyceum t/m 3e jaar
	<input type="checkbox"/> HAVO/VWO/MMS/HBS/Lyceum, geheel voltooid	<input type="checkbox"/> Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO, HBO-verpleegkunde)
	<input type="checkbox"/> Universiteit	<input type="checkbox"/> Anders
Werksituatie	<input type="checkbox"/> Ja, hele dagen (meer dan 30 uur per week)	<input type="checkbox"/> Ja, deeltijd (minder dan 30 uur per week)
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben werkzoekend	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben vrijwilliger
	<input type="checkbox"/> Nee, ik heb een dagtaak aan de zorg voor het huishouden/de kinderen	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben gepensioneerd
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben in de ziektewet	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben in de WAO
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben scholier/student	<input type="checkbox"/> Anders
Hoeveel afgekeurd		

GPE

In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? (één antwoord aanvinken). Mate van herstel:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volledig hersteld | <input type="checkbox"/> Veel verbeterd |
| <input type="checkbox"/> Weinig verbeterd | <input type="checkbox"/> Niet veranderd |
| <input type="checkbox"/> Weinig verslechterd | <input type="checkbox"/> Veel verslechterd |
| <input type="checkbox"/> Slechter dan ooit | |

SF12

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, zwemmen of fietsen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
Een paar trappen oplopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal <input type="checkbox"/> Heel erg veel	<input type="checkbox"/> Klein beetje <input type="checkbox"/> Veel
Voelde u zich rustig en tevreden?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
Had u veel energie?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
Voelde u zich somber en neerslachtig?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)?	<input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> Meestal
	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Zelden
	<input type="checkbox"/> Nooit	

NRS

Hoe hevig is uw pijn op dit moment?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig was uw pijn gemiddeld de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig is uw pijn wanneer hij het minst erg is?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig is uw pijn wanneer hij op zijn ergst is?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	

BPI

Algemene activiteit	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Stemming	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Loopvermogen	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Normale werkzaamheden (hieronder valt zowel werk buitenshuis en huishoudelijk werk)	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Relaties met andere mensen	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	

Slaap	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Plezier in het leven	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	

OLBPDQ

Ernst van de pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan de pijn verdragen zonder pijnstillers te hoeven gebruiken	<input type="checkbox"/> De pijn is erg, maar ik hoef nog net geen pijnstillers te gebruiken
	<input type="checkbox"/> Pijnstillers doen de pijn volledig verdwijnen	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen matig tegen de pijn
	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen maar een beetje	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen niet en ik gebruik ze dus niet
Zelfverzorging (wassen, kleden)	<input type="checkbox"/> Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden zonder extra pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden maar heb dan wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Als ik mijzelf was en aankleed doet het pijn en daarom ben ik daar langzaam en voorzichtig mee	<input type="checkbox"/> Ik heb enige hulp nodig maar kan m.b.t. wassen en aankleden het meeste zelf
	<input type="checkbox"/> Ik heb elke dag hulp nodig bij de meeste aspecten van de zelfverzorging	<input type="checkbox"/> Ik kleed me niet aan, was mezelf met moeite en blijf in bed
Tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar voorwerp zonder extra pijn tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar voorwerp tillen maar dat doet extra pijn
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen van de grond optillen, maar het lukt me wel als ze op een handige plaats staan, bijv. op tafel	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen tillen maar wel lichte tot middelzware als ze op een handige plaats staan
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen heel lichte voorwerpen tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan niets tillen of dragen
Lopen	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt niet dat ik ver kan lopen	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 2 kilometer
	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 1 kilometer	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 500 meter
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen met een stok of krukken lopen	<input type="checkbox"/> Ik breng het grootste deel van de tijd in bed door en moet naar het toilet kruipen
Zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan in elke stoel zitten zo lang als ik wil	<input type="checkbox"/> Ik kan allen in mijn favoriete stoel zitten zolang als ik wil
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan een uur blijven zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan een half uur blijven zitten
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan 10 minuten blijven zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn helemaal niet zitten
Staan	<input type="checkbox"/> Ik kan staan zolang ik wil zonder meer pijn te krijgen	<input type="checkbox"/> Ik kan staan zolang ik wil, maar dat veroorzaakt meer pijn
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 1 uur blijven staan	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 30 minuten blijven staan
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 10 minuten blijven staan	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet blijven staan
Slapen	<input type="checkbox"/> Ondanks de pijn slaap ik goed	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen goed slapen als ik tabletten inneem
	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 6 uur per nacht	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 4 uur per nacht
	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 2 uur per nacht	<input type="checkbox"/> Door de pijn slaap ik in het geheel niet
Het sexleven	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is normaal en bezorgt me geen extra pijn	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is bijna normaal maar erg pijnlijk	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven wordt ernstig beperkt door de pijn
	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is vrijwel afwezig door de pijn	<input type="checkbox"/> Door de pijn heb ik in het geheel geen sexleven meer
Het sociale leven	<input type="checkbox"/> Mijn sociale leven is normaal en bezorgt me geen extra pijn	<input type="checkbox"/> Mijn sociale leven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Met uitzondering van de meer inspannende bezigheden zoals dansen e.d. heeft de pijn niet een belangrijke invloed op mijn sociale leven	<input type="checkbox"/> De pijn heeft mijn leven beperkt en ik ga minder vaak de deur uit
	<input type="checkbox"/> Door de pijn is mijn sociale leven beperkt tot mijn eigen huis	<input type="checkbox"/> Ik heb geen sociaal leven vanwege de pijn

Reizen/Transport	<input type="checkbox"/> Ik kan overal naar toe reizen zonder extra pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan overal naar toe reizen maar heb dan extra pijn
	<input type="checkbox"/> De pijn is weliswaar erg maar ik kan toch reizen maken die langer duren dan 2 uur	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer reizen dan 1 uur
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik slechts korte, noodzakelijke tochtjes maken die korter duren dan 30 minuten	<input type="checkbox"/> Door de pijn ga ik alleen maar de deur uit om naar de dokter of het ziekenhuis te gaan

NDI

Pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu geen pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu weinig pijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb nu matige pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu vrij hevige pijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb nu zeer hevige pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu de slechtst denkbare pijn
Persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden)	<input type="checkbox"/> Ik kan goed voor mezelf zorgen zonder dat de pijn toeneemt	<input type="checkbox"/> Ik kan goed voor mezelf zorgen hoewel dat de pijn doet toenemen
	<input type="checkbox"/> Voor mezelf zorgen is pijnlijk en gaat langzaam en voorzichtig	<input type="checkbox"/> Voor mezelf zorgen lukt goed maar vaak met enige hulp
	<input type="checkbox"/> Elke dag voor mezelf zorgen lukt meestal alleen met hulp	<input type="checkbox"/> Ik kan mezelf niet aankleden; mezelf wassen gaat moeilijk en ik blijf in bed
Tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar gewicht tillen zonder dat de pijn toeneemt	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar gewicht tillen, maar dat doet de pijn toenemen
	<input type="checkbox"/> De pijn weerhoudt mij van het optillen van een zwaar gewicht van de grond, maar dat zou wel kunnen wanneer dat gewicht hoger (bijv. op een tafel) ligt	<input type="checkbox"/> De pijn weerhoudt mij ervan om zware dingen op te tillen, maar het lukt mij wel om lichte tot middelzware gewichten te tillen als ze makkelijk geplaatst zijn
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen zeer lichte gewichten tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niets tillen of dragen
Lezen	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil zonder pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil met weinig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil met matige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan niet zoveel lezen als ik zou willen vanwege de matige pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna niet meer lezen vanwege de hevige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer lezen
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb helemaal geen hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb af en toe lichte hoofdpijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb af en toe matige hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb vaak matige hoofdpijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb vaak hevige hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb bijna altijd hoofdpijn
Concentratie	<input type="checkbox"/> Ik kan mij goed concentreren zonder moeite wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Ik kan mij goed concentreren met enige moeite wanneer ik dat wil
	<input type="checkbox"/> Het kost mij duidelijk moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Het kost mij veel moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil
	<input type="checkbox"/> Het kost mij zeer veel moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Ik kan mij helemaal niet concentreren
Werk	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel werk doen als ik wil	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen mijn gewone werk doen, maar niet meer
	<input type="checkbox"/> Ik kan het grootste deel van mijn gewone werk doen, maar niet meer	<input type="checkbox"/> Ik kan mijn gewone werk niet doen
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna geen enkel werk meer doen	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer werken
Autorijden	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zonder enige nekpijn	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zo lang als ik wil met weinig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zo lang als ik wil met matige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan niet autorijden zo lang als ik wil vanwege de matige pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna niet meer autorijden vanwege de hevige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer autorijden
Slapen	<input type="checkbox"/> Ik heb geen moeite met slapen	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is heel licht gestoord (minder dan 1 uur wakker)
	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is licht gestoord (1 tot 2 uur wakker)	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is matig gestoord (2 tot 3 uur wakker)
	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is fors gestoord (3 tot 5 uur wakker)	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is volledig gestoord (5 tot 7 uur wakker)
Vrije tijd	<input type="checkbox"/> Ik kan aan alle activiteiten meedoen zonder enige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan aan alle activiteiten meedoen met enig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan de meeste, maar niet alle, gebruikelijke activiteiten meedoen	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan maar weinig gebruikelijke activiteiten meedoen
	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik nagenoeg aan geen activiteiten meedoen	<input type="checkbox"/> Ik kan aan geen enkele activiteit meer meedoen

SF36

Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Zeer goed
	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig
	<input type="checkbox"/> Slecht	

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	

De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Matige inspanning zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen of fietsen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Tillen of boodschappen dragen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Een paar trappen oplopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Eén trap oplopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Buigen, knielen of bukken	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
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	
Een halve kilometer lopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Honderd meter lopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	
Uzelf wassen of aankleden	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
	<input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	

Had u, ten gevolge van u lichamelijke gezondheid, de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
U was beperkt in het soort werk of soort bezigheden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
U had moeite met het werk of ander bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen vier werken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

U heeft minder tijd kunnen besteden aan het werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan al u gewend bent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet	<input type="checkbox"/> Enigszins
	<input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Veel
	<input type="checkbox"/> Heel erg veel	
Hoeveel pijn had u de afgelopen vier 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 ernstig
In welke mate heeft pijn u de afgelopen vier weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet	<input type="checkbox"/> Enigszins
	<input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Veel
	<input type="checkbox"/> Heel erg veel	

De vragen gaan over hoe u zich de afgelopen vier werken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld

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
Voelde u zich er 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

Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Voelde u zich erg energiek?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Toelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit
Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen vier werken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Zelden	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit

Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elke van de volgende uitspraken voor uzelf vindt

Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist	<input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist
Ik ben net zo gezond als ander mensen die ik ken	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist	<input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist
Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist	<input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist
Mijn gezondheid is uitstekend	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Volkomen onjuist	<input type="checkbox"/> Grotendeels juist <input type="checkbox"/> Grotendeels onjuist

Hoofdpijndagboek Pre-OK Week 1

Week 1

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof <input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg <input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg <input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		

Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	

Hoofdpijndagboek Pre-OK Week 2

Week 2

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	

Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	

Hoofdpijndagboek Pre-OK Week 3

Week 3

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
---	-----------------------------	------------------------------

Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	

Week 4

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?			
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn		
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?			
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg	
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray	
	<input type="checkbox"/> Geen		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?			
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?			
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?			
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?			
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?			
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn		
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium	
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan	
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg	
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg	
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg	
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg	
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg	
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders	

Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	

Hoofdpijndagboek Post-OK Week 1

Week 1

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	

Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg	
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg	
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg	
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg	
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg	
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg	
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg	
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Heeft u last van bijwerkingen van de stimulatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6		

Hoofdpijndagboek Post-OK Week 2

Week 2

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	

Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium	
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan	
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg	
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg	
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg	
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg	
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg	
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg	
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg	
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg	
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg	
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Heeft u last van bijwerkingen van de stimulatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6		

Hoofdpijndagboek Post-OK Week 3

Week 3

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
	Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?	
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		

Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?			
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn		
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium	
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan	
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg	
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg	
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg	
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg	
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg	
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg	
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg	
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg	
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg	
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg	
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg	
	<input type="checkbox"/> Anders		
Heeft u last van bijwerkingen van de stimulatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 6		

Hoofdpijndagboek Post-OK Week 4

Week 4

Heeft u in de laatste 7 dagen 1 of meer aanvallen van clusterhoofdpijn gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen heeft u de laatste 7 dagen gehad?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijnaanvallen? (0 = geen pijn; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Kunt u, in minuten, aangeven hoelang deze aanvallen gemiddeld hebben geduurd?		
Heeft u voor deze aanvallen aanvalsmedicatie gebruikt en zo ja welke?	<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 3mg
	<input type="checkbox"/> Sumatriptan injectie 6mg	<input type="checkbox"/> Sumatriptan neusspray
	<input type="checkbox"/> Geen	

Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met zuurstof behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 3mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan injectie 6mg behandeld?		
Hoeveel clusterhoofdpijnaanvallen in de laatste 7 dagen heeft u met sumatriptan neusspray behandeld?		
Heeft u de laatste 7 dagen, naast clusterhoofdpijn, nog last gehad van andere hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Op hoeveel dagen heeft u last gehad van deze andere hoofdpijn?		
Wat was de gemiddelde intensiteit van deze hoofdpijn? (0 =geen pijn ; 10 = hevigste pijn voorstelbaar)	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Gebruikt u momenteel profylactische medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Welke profylactische medicatie gebruikt u momenteel?	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Lithium
	<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Frovatriptan
	<input type="checkbox"/> Sandomigran	<input type="checkbox"/> Prednison
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Verapamil?	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 240 mg
	<input type="checkbox"/> 360 mg	<input type="checkbox"/> 480 mg
	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 720 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Lithium?	<input type="checkbox"/> 600 mg	<input type="checkbox"/> 800 mg
	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1200 mg
	<input type="checkbox"/> 1400 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Topiramaat?	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> 100 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Wat is dagelijkse dosering Frovatriptan?	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg
Wat is dagelijkse dosering Sandomigran?	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 1 mg
	<input type="checkbox"/> 1,5 mg	<input type="checkbox"/> Anders
Wat is dagelijkse dosering Prednison?	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg
	<input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 20 mg
	<input type="checkbox"/> 25 mg	<input type="checkbox"/> 30 mg
	<input type="checkbox"/> 35 mg	<input type="checkbox"/> 40 mg
	<input type="checkbox"/> 45 mg	<input type="checkbox"/> 50 mg
	<input type="checkbox"/> 55 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg
	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft u last van bijwerkingen van de stimulatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Kunt u aangeven hoe u zich voelde in de laatste 7 dagen? (0=zeer slecht; 6=zeer goed)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	

HADS		
Ik voel me gespannen:	<input type="checkbox"/> Bijna altijd	<input type="checkbox"/> Vaak
	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Nooit
Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik gewoonlijk van kon genieten:	<input type="checkbox"/> Zeker zo veel	<input type="checkbox"/> Wat minder
	<input type="checkbox"/> Duidelijk minder	<input type="checkbox"/> Nauwelijks nog
Ik heb een angstig gevoel alsof er iets vreselijks gaat gebeuren:	<input type="checkbox"/> Zeer zeker	<input type="checkbox"/> Zeker
	<input type="checkbox"/> Een beetje	<input type="checkbox"/> Helemaal niet
Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:	<input type="checkbox"/> Net zoveel als gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Nu wat minder
	<input type="checkbox"/> Nu duidelijk minder	<input type="checkbox"/> Helemaal nietmeer

Ik maak me zorgen:	<input type="checkbox"/> Heel vaak <input type="checkbox"/> Niet zo vaak	<input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Heel soms
Ik voel me opgewekt:	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Heel af en toe <input type="checkbox"/> Meestal
Ik kan me ontspannen:	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Af en toe	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Nooit
Ik heb het gevoel dat bij mij alles moeizamer gaat:	<input type="checkbox"/> Bijna altijd <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Heel vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik heb een angstig, gespannen gevoel in mijn buik:	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Vrij vaak	<input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Heel vaak
Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie:	<input type="checkbox"/> Inderdaad, het interesseert me helemaal niet meer <input type="checkbox"/> Ik besteed misschien iets minder aandacht aan mijzelf	<input type="checkbox"/> Ik besteed minder aandacht aan mijzelf dan ik zou moeten <input type="checkbox"/> Ik besteed minstens net zo veel aandacht aan mijzelf als gewoonlijk
Ik voel me onrustig	<input type="checkbox"/> Inderdaad, zeer vaak <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Tamelijk vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik kijk met plezier uit naar dingen:	<input type="checkbox"/> Net zoveel als gewoonlijk <input type="checkbox"/> Veel minder dan gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Iets minder dan gewoonlijk <input type="checkbox"/> Nauwelijks
Ik raak plotseling in paniek:	<input type="checkbox"/> Inderdaad, zeer vaak <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Tamelijk vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik kan genieten van een goed boek of een radio- of televisieprogramma:	<input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Af en toe	<input type="checkbox"/> Regelmatig <input type="checkbox"/> Zelden

PCS

Als ik pijn heb vraag ik mij voortdurend af of de pijn wel zal ophouden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb voel ik dat ik zo niet verder kan.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb is dat verschrikkelijk en denk ik dat het nooit beter zal worden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb is dat afschuwelijk en voel ik dat de pijn mij overweldigd.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb voel ik dat ik het niet meer uithoud.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik denken aan andere pijnlijke gebeurtenissen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb verlang ik hevig dat de pijn weggaat.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb kan ik de pijn niet uit mijn gedachten zetten.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik eraan denken hoeveel pijn het wel doet.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik denken hoe graag ik zou willen dat de pijn ophoudt.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb is er niets dat ik kan doen om de intensiteit van de pijn te verminderen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate

Als ik pijn heb vraag ik mij af of er iets ernstigs kan gebeuren.

- Helemaal niet
 In zekere mate
 Altijd

- In lichte mate
 In grote mate

PSQI

Gedurende de afgelopen maand, hoe laat bent u gewoonlijk naar bed gegaan? (uu:mm)

Gedurende de afgelopen maand, hoe lang duurde het gemiddeld (minuten) om in slaap te vallen?

Gedurende de afgelopen maand, hoe laat bent u gemiddeld opgestaan in de ochtend? (uu:mm)

Gedurende de afgelopen maand, hoeveel uur heeft u echt geslapen 's nachts? (dit mag afwijken van het aantal uren dat u in bed heeft gelegen.)

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u niet binnen 30 minuten in slaap kan vallen?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u wakker wordt in het midden van de nacht of vroeg in de morgen?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u naar de W.C. moet?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u niet normaal kan ademen?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u hard snurkt of moet hoesten of kuchen?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u het te koud hebt?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u het te warm hebt?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u enge dromen hebt?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad omdat u pijn hebt?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen met slapen gehad om andere redenen?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u slaapmedicatie genomen deze maand? (op voorschrift of zelf bij de drogist)

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoe vaak heeft u problemen om wakker te blijven tijdens autorijden, eten of sociale bezigheden?

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Gedurende de afgelopen maand, hoeveel problemenervaarde u met genoeg zin / enthousiasme te hebben om dingen te doen?

- Helemaal geen probleem
 Enigzins een probleem

- Een heel klein probleem
 Een heel groot probleem

Hoe zou u uw slaapkwaliteit van de afgelopen maand gemiddeld inschalen?

- Erg goed
 Redelijk slecht

- Redelijk goed
 Erg slecht

Heeft u een bedpartner of kamergenoot?

- Geen bedpartner of kamergenoot
 Partner in zelfde kamer maar niet in hetzelfde bed

- Partner of huisgenoot in andere kamer
 Partner in hetzelfde bed

Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van hard snurken.

- Helemaal niet
 Eén of twee keer per week

- Minder dan één keer per week
 Drie of meer keer per week

Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van lange adempauzes tijdens slapen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Eén of twee keer per week	<input type="checkbox"/> Minder dan één keer per week <input type="checkbox"/> Drie of meer keer per week
Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van trekken of schokken van de benen tijdens slapen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Eén of twee keer per week	<input type="checkbox"/> Minder dan één keer per week <input type="checkbox"/> Drie of meer keer per week
Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van periodes van desoriëntatie of verwarring tijdens de slaap.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Eén of twee keer per week	<input type="checkbox"/> Minder dan één keer per week <input type="checkbox"/> Drie of meer keer per week
Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van andere onrust terwijl u slaapt.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Eén of twee keer per week	<input type="checkbox"/> Minder dan één keer per week <input type="checkbox"/> Drie of meer keer per week

Ervaringen

Ik heb het invullen van de vragenlijst ervaren als	<input type="checkbox"/> Zeer positief <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Zeer negatief	<input type="checkbox"/> Positief <input type="checkbox"/> Negatief
Duidelijkheid van de gestelde vragen	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Lengte van de vragenlijst	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Relevantie van de vragen (is de informatie volgens u nuttig voor uw behandeling)	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Het gemak waarmee u de vragen kon beantwoorden	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Kunt u een inschatting hoeveel minuten u er over heeft gedaan om deze vragenlijst in te vullen?		