



# Vragenlijst polikliniek voor epilepsie

Naam:

Geboortedatum:

A.u.b. meenemen naar het eerste poliklinisch consult:

- deze ingevulde vragenlijst
- aanvalskalender of overzicht van aanvallen
- actueel medicatie overzicht (verkrijgbaar bij uw apotheek)
- indien mogelijk: aanval(len) op video/dvd of mobiele telefoon
- geldig verzekeringsbewijs (polis of pasje)
- geldig legitimatiebewijs (paspoort, rijbewijs of identiteitskaart)

1.a Het is voor de neuroloog belangrijk om inzicht te krijgen in zowel de huidige aanvallen als de aanvallen uit het verleden. Omschrijf hieronder de verschillende aanvallen, eventueel met hulp van anderen. Kruis per aanval aan wat van toepassing is en licht toe waar nodig.

### AANVALSTYPE 1

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt:

---

---

Dit type aanval heb ik sinds: \_\_\_\_\_ (jaartal)

Deze aanval treedt op bij voorkeur:

- 's Morgens       's Avonds       Wisselend, geen voorkeur voor tijd  
 's Middags       's Nachts       Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger

Voelt/Voelde u deze aanval aankomen?

- Nee       Ja, het begint met \_\_\_\_\_

Verliest/Verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

- Nee       Ja, altijd       Ja, soms       Ja, deels of kortdurend       Weet niet

Na afloop van de aanval:

- Reageert u direct normaal en gaat u door met uw bezigheden  
 Duurt het enige tijd voordat u door kan gaan met uw bezigheden  
 Bent u erg vermoeid en moet u eerst slapen

Anders \_\_\_\_\_

Deze aanval duurt ongeveer: \_\_\_\_\_ minuten

Deze aanval treedt vooral op na/tijdens: \_\_\_\_\_

Deze aanval krijg ik/heb ik gehad:

- 1x       2 - 5x       minder dan jaarlijks       1 - 5x per jaar       6 - 10x per jaar  
 1 - 3x per maand       1 - 3x per week       3 - 5x per week       >5x per week

1.b Als u meerdere soorten aanvallen heeft, kunt u hieronder de meest voorkomende aanvallen beschrijven.

### AANVALSTYPE 2

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt:

---

---

Dit type aanval heb ik sinds: \_\_\_\_\_ (jaartal)

Deze aanval treedt op bij voorkeur:

- 's Morgens       's Avonds       Wisselend, geen voorkeur voor tijd  
 's Middags       's Nachts       Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger

Voelt/Voelde u deze aanval aankomen?

- Nee       Ja, het begint met \_\_\_\_\_

Verliest/Verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

- Nee       Ja, altijd       Ja, soms       Ja, deels of kortdurend       Weet niet

Na afloop van de aanval:

- Reageert u direct normaal en gaat u door met uw bezigheden  
 Duurt het enige tijd voordat u door kan gaan met uw bezigheden  
 Bent u erg vermoeid en moet u eerst slapen

Anders \_\_\_\_\_

Deze aanval duurt ongeveer: \_\_\_\_\_ minuten

Deze aanval treedt vooral op na/tijdens: \_\_\_\_\_

Deze aanval krijg ik/heb ik gehad:

- 1x     2 - 5x     minder dan jaarlijks     1 - 5x per jaar     6 - 10x per jaar  
 1 - 3x per maand     1 - 3x per week     3 - 5x per week     >5x per week

### AANVALSTYPE 3

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt:

---

---

Dit type aanval heb ik sinds: \_\_\_\_\_ (jaartal)

Deze aanval treedt op bij voorkeur:

- 's Morgens     's Avonds     Wisselend, geen voorkeur voor tijd  
 's Middags     's Nachts     Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger

Voelt/Voelde u deze aanval aankomen?

- Nee     Ja, het begint met \_\_\_\_\_

Verliest/Verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

- Nee     Ja, altijd     Ja, soms     Ja, deels of kortdurend     Weet niet

Na afloop van de aanval:

- Reageert u direct normaal en gaat u door met uw bezigheden  
 Duurt het enige tijd voordat u door kan gaan met uw bezigheden  
 Bent u erg vermoeid en moet u eerst slapen

Anders: \_\_\_\_\_

Deze aanval duurt ongeveer: \_\_\_\_\_ minuten

Deze aanval treedt vooral op na/tijdens: \_\_\_\_\_

Deze aanval krijg ik/heb ik gehad:

- 1x     2 - 5x     minder dan jaarlijks     1 - 5x per jaar     6 - 10x per jaar  
 1 - 3x per maand     1 - 3x per week     3 - 5x per week     >5x per week

2. Zijn er situaties/omstandigheden die de kans op een aanval vergroten (bijvoorbeeld menstruatie, slaaptkort, computerspelen, lichtflitsen)?

- Ja, namelijk  
 Nee  
 Weet ik niet

Omschrijving:

---

---

3. Worden er door u of uw omgeving voorzorgsmaatregelen genomen, voor, tijdens en/of na de aanval?

- Ja, namelijk  
 Nee

Omschrijving:

---

---

4. Treden er verwondingen op tijdens een aanval?

- Ja, namelijk  
 Nee

Omschrijving:

---

---

5. Zijn er wel eens meerdere aanvallen achter elkaar?

- Ja, namelijk
- Nee

Omschrijving: (aanvalstype, de duur en hoe vaak komt het voor)

---

---

6. Komt epilepsie en/of koortsstuipen in de familie voor?

- Ja, namelijk
- Nee
- Weet ik niet

Omschrijving:

---

---

7.a Gebruikt u medicatie?

- Ja. Vraag bij uw apotheek uw actueel medicatieoverzicht op en neem dit mee naar uw eerste poliklinische consult.
- Nee

7.b Is er medicatie voorgeschreven om langdurige aanvallen te onderbreken (couperen)?

- Ja, namelijk
- Nee
- Niet bekend

Omschrijving:

---

---

Wanneer wordt dit voorgeschreven: \_\_\_\_\_

Wie passen deze behandeling toe: \_\_\_\_\_

8.a Worden er door de aanvallen beperkingen en/of belemmeringen ervaren op één van de volgende gebieden? (kruis aan wat van toepassing is):

- Wonen (bijv. zelfstandigheid, veiligheid, is de woonsituatie passend?)
- Werk (bijv. functioneren, solliciteren, verzuim, omgang met aanvallen)
- Relatie (bijv. onbegrip of angst bij partner, kinderen of andere naastbetrokkenen)
- Sexualiteit (bijv. angst voor een aanval, schaamte, libido)
- Familie/gezin (bijv. communicatie, omgang met epilepsie)
- School/opleiding (bijv. studiekeuze, schoolvoortgang, omgang met epilepsie door leerkracht/leerling)
- Vrije tijd/sport (bijv. wat kan/wat kan niet?)
- Mobiliteit (bijv. lopen, fietsen, autorijden, openbaar vervoer, met of zonder begeleiding)
- Anders, namelijk
- Niet van toepassing

8.b Heeft u behoefte om één van bovenstaande onderwerpen nader te bespreken?

- Ja
- Nee
- Misschien

9. Vul in of er momenteel of in het verleden contact is of is geweest met andere hulpverleners/medisch specialisten en/of er therapieën worden of zijn gevolgd.

Nee

Ja, vul onderstaand schema in:

<b>Naam</b>	<b>Beroep</b>	<b>Ziekenhuis/organisatie</b>	<b>Plaats</b>	<b>Periode</b>
<i>VOORBEELD: Dhr. Janssen</i>	<i>Neuroloog</i>	<i>Isala Klinieken</i>	<i>Zwolle</i>	<i>1999 - 2010</i>
<i>Mw. de Groot</i>	<i>Maatschappelijk werk</i>	<i>GGZ Friesland</i>	<i>Franeke</i>	<i>2007 - heden</i>

10. Is er sprake van eerdere opnamen i.v.m. de aanvallen (bijvoorbeeld ziekenhuis, epilepsiekliniek, ed.)?:

Nee

Ja, vul onderstaand schema in:

<b>Naam ziekenhuis/organisatie</b>	<b>Plaats</b>	<b>Jaartal</b>

11. Invullen indien schoolgaand:

Naam school:

Plaats:

Soort onderwijs:

Welke klas/groep:

Is uw kind ooit blijven zitten:

Contactpersoon school:

Te bereiken op telefoonnummer:

Zijn er leer- of schoolproblemen?

Zo ja:

Zijn er gedragsproblemen?

Zo ja:

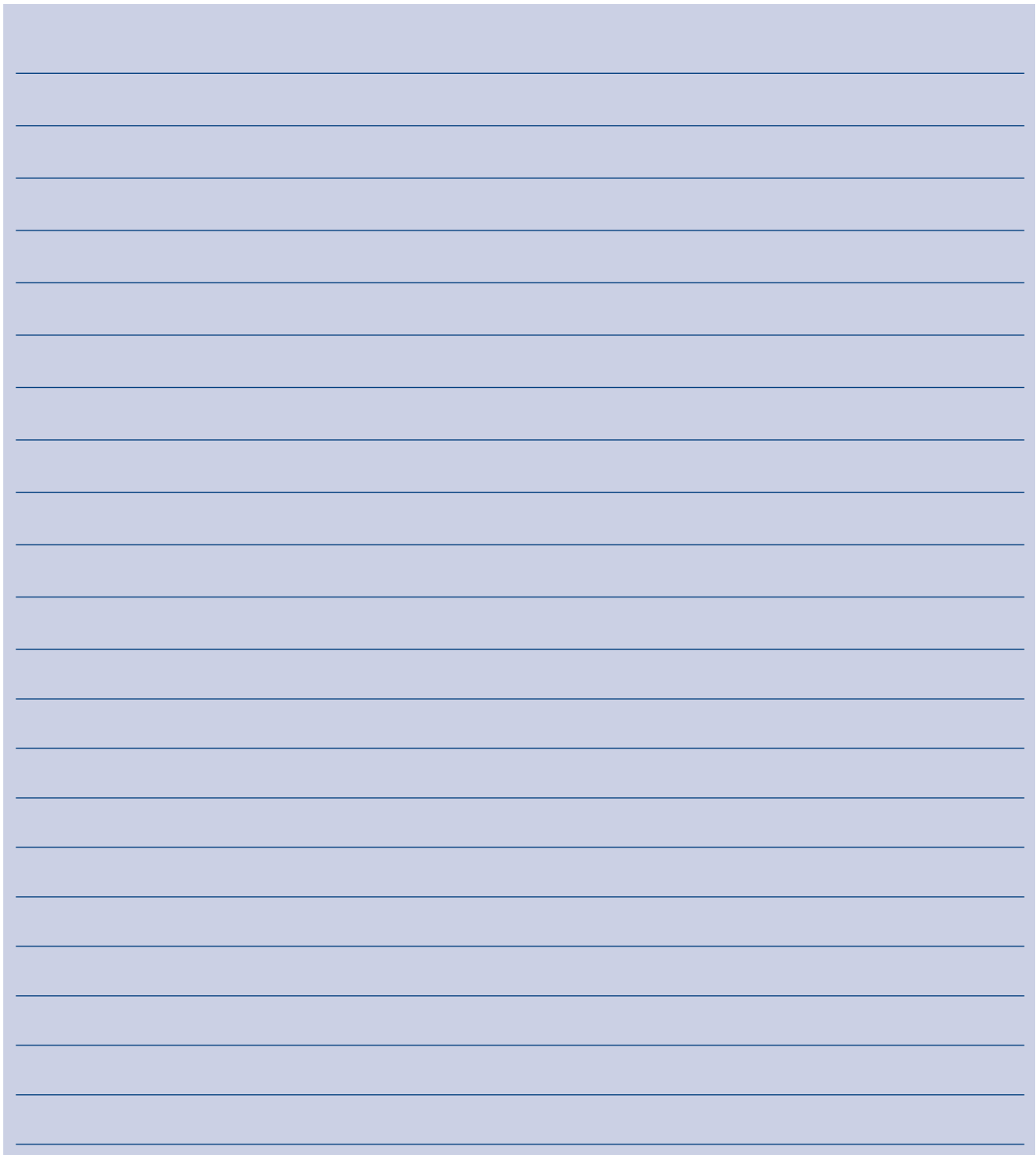
Is er ambulante schoolbegeleiding?

Zo ja, via

De Waterlelie

Anders:

12. Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen tijdens het consult:



Vriendelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst. Neemt u deze vragenlijst a.u.b. mee naar het eerste poliklinische consult, samen met de gegevens die vermeld staan op de voorkant van deze vragenlijst.

[www.sein.nl](http://www.sein.nl)

versie 3



Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg