

Vragenlijst epilepsie

U heeft binnenkort een afspraak met uw neuroloog. Om uw situatie te kunnen doorgronden is het belangrijk dat we een compleet beeld krijgen, van uw situatie, uw achtergrond en omgeving, en natuurlijk van uw aanvallen.

Neem daarom rustig de tijd voor deze vragenlijst. Vul hem liefst in samen met iemand die uw aanvallen kent. Hoe preciezer hoe beter!

Naam:

Geboortedatum:

1. Uw aanvallen

De meeste mensen hebben verschillende soorten aanvallen. Hieronder kunt u uw 3 belangrijkste soorten aanvallen omschrijven. Dat mogen ook aanvallen zijn die u vroeger had, ook die kunnen belangrijk zijn.

Aanval soort 1

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt: _____

Deze aanvallen heb ik sinds: _____ (jaartal)

Deze aanvallen heb ik meestal:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 's Ochtends | <input type="checkbox"/> 's Nachts |
| <input type="checkbox"/> 's Middags | <input type="checkbox"/> Wisselend |
| <input type="checkbox"/> 's Avonds | <input type="checkbox"/> Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger |

Voelt of voelde u dit soort aanvallen aankomen?

- Nee Ja, het begint met _____

Verliest u of verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, altijd | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="checkbox"/> Ja, soms | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> Ja, deels of kortdurend | |

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, namelijk _____

Deze aanvallen duren ongeveer: _____ minuten en treden vaak op na/tijdens: _____

Deze aanvallen heb ik gemiddeld:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meer dan 5 keer per week | <input type="checkbox"/> 1 tot 5 keer per jaar |
| <input type="checkbox"/> 3 tot 5 keer per week | <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 3 keer per week | <input type="checkbox"/> In totaal 2 tot 5 keer gehad |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 3 keer per maand | <input type="checkbox"/> In totaal 1 keer gehad |
| <input type="checkbox"/> 6 tot 10 keer per maand | |

Aanval soort 2 (alleen invullen bij meerdere soorten aanvallen)

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt: _____

Deze aanvallen heb ik sinds: _____ (jaartal)

Deze aanvallen heb ik meestal:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 's Ochtends | <input type="checkbox"/> 's Nachts |
| <input type="checkbox"/> 's Middags | <input type="checkbox"/> Wisselend |
| <input type="checkbox"/> 's Avonds | <input type="checkbox"/> Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger |

Voelt of voelde u dit soort aanvallen aankomen?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, het begint met _____ |
|------------------------------|---|

Verliest u of verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, altijd | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="checkbox"/> Ja, soms | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> Ja, deels of kortdurend | |

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, namelijk _____

Deze aanvallen duren ongeveer: _____ minuten en treden vaak op na/tijdens: _____

Deze aanvallen heb ik gemiddeld:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meer dan 5 keer per week | <input type="checkbox"/> 1 tot 5 keer per jaar |
| <input type="checkbox"/> 3 tot 5 keer per week | <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 3 keer per week | <input type="checkbox"/> In totaal 2 tot 5 keer gehad |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 3 keer per maand | <input type="checkbox"/> In totaal 1 keer gehad |
| <input type="checkbox"/> 6 tot 10 keer per maand | |

Aanval soort 3 (alleen invullen bij meerdere soorten aanvallen)

Beschrijf in het kort wat er tijdens deze aanval gebeurt: _____

Deze aanvallen heb ik sinds: _____ (jaartal)

Deze aanvallen heb ik meestal:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 's Ochtends | <input type="checkbox"/> 's Nachts |
| <input type="checkbox"/> 's Middags | <input type="checkbox"/> Wisselend |
| <input type="checkbox"/> 's Avonds | <input type="checkbox"/> Nu niet meer, ik had deze aanvallen vroeger |

Voelt of voelde u dit soort aanvallen aankomen?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, het begint met _____ |
|------------------------------|---|

Verliest u of verloor u tijdens deze aanval (deels) uw bewustzijn?

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

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, namelijk _____

Deze aanvallen duren ongeveer: _____ minuten en treden vaak op na/tijdens: _____

Deze aanvallen heb ik gemiddeld:

- Meer dan 5 keer per week 1 tot 5 keer per jaar
 3 tot 5 keer per week Minder dan 1 keer per jaar
 1 tot 3 keer per week In totaal 2 tot 5 keer gehad
 1 tot 3 keer per maand In totaal 1 keer gehad
 6 tot 10 keer per maand

2. Algemeen

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

- Ja, namelijk _____

 Nee
 Weet ik niet

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

- Ja, namelijk _____

 Nee

Treden er verwondingen op tijdens een aanval?

- Ja, namelijk _____

 Nee

Zijn er wel eens meerdere aanvallen achter elkaar?

- Ja, namelijk _____

_____ (geef het soort aanval aan, de duur en hoe vaak het voorkomt)

- Nee

Komt er epilepsie en/of koortsstuipen in de familie voor?

- Ja, namelijk _____ (geef aan wie en wat voor soort)
- Nee
- Weet ik niet

Gebruikt u medicatie?

- Ja
- Nee

Indien u medicatie gebruikt, zit daar medicatie bij om langdurige aanvallen te onderbreken (te couperen)?

- Nee
 - Weet ik niet
 - Ja, namelijk _____
- Wanneer wordt dit middel voorgeschreven? _____
- Wie past of passen de behandeling toe? _____

Gebruikt u medicijnen?
Neem dan een actueel medicatieoverzicht mee naar uw afspraak, zelfs al zijn uw medicijnen niet voor epilepsie. Dit overzicht kunt u opvragen bij uw apotheek.

Ervaart u door uw aanvallen, beperking of belemmering op de volgende gebieden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Wonen (bijv. zelfstandigheid, veiligheid, is de woonsituatie passend?)
- Werk (bijv. functioneren, solliciteren, verzuim, omgaan met aanvallen)
- Relatie (bijv. onbegrip of angst bij partner, kinderen of andere naastbetrokkenen)
- Seksualiteit (bijv. angst voor een aanval, schaamte, libido)
- Familie/gezin (bijv. communicatie, broertjes, zusjes, 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)
- Niet van toepassing
- Anders, namelijk _____

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

- Nee
- Misschien
- Ja, namelijk _____

Heeft u nu of vroeger contact gehad met andere hulpverleners of medische specialisten? Zo ja, met welke?

| Naam | Specialisme | Ziekenhuis/organisatie | Plaats | Periode |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|---------------------|
| Bijvoorbeeld: <i>Mw. de Groot</i> | <i>Maatschappelijk werk</i> | <i>GGZ Friesland</i> | <i>Franeker</i> | <i>2011 - heden</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bent u al eens eerder opgenomen geweest in verband met aanvallen (bijvoorbeeld in een ziekenhuis, epilepsiekliniek, of iets dergelijks)? Zo ja, geef hieronder aan waar en wanneer.

| Naam ziekenhuis/organisatie | Plaats | Jaartal |
|-----------------------------|--------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

Alleen invullen als u of uw kind naar school gaat.

Naam school _____

Plaats _____

Soort onderwijs _____

Welke klas/groep _____

Contactpersoon school _____

Telefoonnummer _____

Is uw kind ooit blijven zitten?

Nee

Ja, namelijk in klas/groep _____

Zijn er leer- of schoolproblemen?

Nee

Ja, namelijk _____

Zijn er gedragsproblemen?

Nee

Ja, namelijk _____

Is er ambulante schoolbegeleiding?

Nee

Ja, via

De Waterlelie

Anders _____

Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger die beslissingen voor u of samen met u neemt over behandelvoorstellen zoals bijvoorbeeld een EEG, opname of (wijziging in) medicatie? Denk daarbij aan een mentor, curator of familieleden/ouders met gezag of voogdijschap.

Nee

Weet ik niet

Ja. Op welk telefoonnummer en adres kunnen we deze persoon bereiken? _____

Let op! Als deze persoon is aangesteld door de rechtbank, neem dan de beschikking van de rechtbank mee naar het eerste consult of mail dit naar het secretariaat van de afdeling.

3. Voorbereiding consult

Zijn er verder nog vragen of onderwerpen die u tijdens het consult zou willen bespreken?

Dit was het.

Neemt u deze vragenlijst alstublieft ingevuld mee naar het consult, samen met:

1. Het actuele medicatieoverzicht dat u heeft opgevraagd bij de apotheek
2. Een aanvalskalender of een overzicht van de aanvallen
3. Zo mogelijk videobeelden van de aanval(len) op dvd of mobiele telefoon
4. Een geldig legitimatiebewijs (ook bij kinderen jonger dan 14)
5. Een geldig verzekeringsbewijs (pasje of polis)

Dank u wel.