

QWBSA DUTCH 101

Site:		

Patient Name Code:				

Sequence:		

Month:	Day:	Year:

<input type="radio"/> Baseline	<input type="radio"/> 30 days	<input type="radio"/> 90 days	<input type="radio"/> 180 days	<input type="radio"/> 365 days	<input type="radio"/> Other: _____
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Quality of Well-Being Scale, Self-Administered (QWB-SA): Dutch V2.01

Dit onderzoek ondervraagt u over gezondheidsproblemen die u hebt ondervonden tijdens de afgelopen drie dagen, vandaag niet meegeteld. Alle vragen graag beantwoorden door het bijbehorende rondje met blauwe of zwarte inkt in te vullen. Niet aanvinken a.u.b. en geen viltstift gebruiken. Dank u.

1. Geef aan of u op dit moment één of meer van de volgende symptomen of problemen ondervindt. Bent u, of hebt u....

Deel I - Acute en chronische symptomen

	J	N
Bijvoorbeeld, vul volledig de cirkel met inkt:	λ	○
a1. a. blind of ernstig slechtziend in beide ogen?	○	○
a2. blind of ernstig slechtziend in één oog?	○	○
b. spraakstoornissen zoals stotteren, of kunt u niet duidelijk spreken?	○	○
c1. verlammingen in handen, voeten, armen of benen,	○	○
c2. of mist u handen voeten, armen of benen?	○	○
d. <u>misvormingen</u> van enige aard aan het gezicht, vingers, handen, armen, voeten, benen of rug (bijv. ernstige kromming van de wervelkolom).	○	○
e. een gevoel van algehele vermoeidheid, afmatting of zwakte?	○	○
f. last van ongewenste gewichtstoename of -verlies?	○	○
g. te zwaar of juist te licht?	○	○
h. problemen met het goed kauwen van uw voedsel?	○	○
i. last van gehoorverlies of doofheid?	○	○
j. zichtbare huidproblemen, zoals ernstige acne of grote brandwonden of littekens op uw gezicht, lichaam, armen of benen?	○	○
k. eczeem of een branderige of jeukende huiduitslag?	○	○

I. Welke van de volgende hulpmiddelen gebruikt/hebt u?

	J	N
1. gebit?	○	○
2. zuurstoftank?	○	○
3. prothese?	○	○
4. bril of contactlenzen?	○	○
5. gehoorapparaat?	○	○
6. vergrootglas?	○	○
7. beugel of steun voor nek, rug of been?	○	○

QWBSA DUTCH 202

Site:		

Patient Name Code:				

Sequence:		

Month:	Day:	Year:

2. Geef voor de hierop volgende problemen aan op welke dagen (indien van toepassing) van de afgelopen drie dagen, vandaag niet meegeteld, u last had van het probleem. Als u in de afgelopen 3 dagen geen last van het probleem hebt gehad, sla de vraag dan niet over, maar vul "geen dagen" in. Als u tijdens de afgelopen 3 dagen wel last van het probleem hebt gehad, vul dan in op welke dag(en). Als u er op meer dan één dag last van hebt gehad, vul dan alle dagen in die van toepassing zijn.

Deel I - (vervolg)	Geen dagen	Gisteren	Eergisteren	3 dagen geleden
<i>Bij voorbeeld, als u gisteren en eergisteren hoofdpijn had: Hoofdpijn?</i>	<input type="radio"/>	λ	λ	<input type="radio"/>
Had u.... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)				
a. problemen met het gezichtsvermogen die niet met een bril of contactlenzen gecorrigeerd worden (zoals dubbelzien, vervormd zien, lichtflitsen of in het gezichtsveld drijvende deeltjes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. pijn in de ogen, oogirritatie, afscheiding, of ernstige overgevoeligheid voor licht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. hoofdpijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. last van duizeligheid, oorpijn, of tuiten van de oren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. problemen met horen, of afscheiding of bloeding uit een oor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. een verstopte neus, een loopneus, of bloedneus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. keelpijn, moeilijkheden bij het slikken of last van heesheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. kiespijn, tandpijn of pijn in de kaak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. pijnlijke of bloedende lippen, tong of tandvlees?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Had u last van.... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)				
j. last van hoesten of hijgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. last van kortademigheid of moeilijkheden bij het ademen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. pijn of druk op de borst, hartkloppingen, versnelde of onregelmatige hartslag of andere ongemakken in de borststreek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. maagklachten, buikpijn, misselijkheid, maagzuur of overgeven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. problemen met de stoelgang, diarree, verstopping, rectaal bloeden, teerachtige ontlasting of pijn van enige aard bij of in het rectum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. pijn, een branderig gevoel of bloedverlies bij het urineren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. incontinentie, 's nachts frequent urineren, of moeilijk urineren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. pijn in of bij de geslachtsorganen, jeuk, een branderig gevoel of een abnormale afscheiding, buikkrampen of abnormaal vloeien of bloeden? (normale menstruatie niet meegeteld)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. een gebroken arm, pols, voet, been of een andere botbreuk (behalve in de rug)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. pijn, stijfheid, krampen, zwakte of een verdoofd gevoel <i>in nek of rug?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. pijn, stijfheid, krampen, zwakte of een verdoofd gevoel <i>in de heupen of lendenen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. pijn, stijfheid, krampen, zwakte of een verdoofd gevoel <i>in de gewrichten van handen, voeten, armen of benen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. zwelling van enkels, handen, voeten of buik?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. koorts, rillingen of zweten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. bewusteloosheid, flauwvallen of toevallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. evenwichtsproblemen tijdens staan of lopen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QWBSA DUTCH 303

Site:

Patient Name Code:

Sequence:

Month:	Day:	Year:

3. De volgende symptomen betreffen uw gevoelens, gedachten en gedrag. Op welke dagen tijdens de afgelopen drie dagen (indien van toepassing), vandaag niet meegeteld, hebt u....

Deel I - (vervolg)	Geen dagen	Gis-teren	Eergis-teren	3 dagen geleden
a. moeilijkheden gehad met in slaap vallen of in slaap blijven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. zich nerveus of trillerig gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. zich verward, terneergeslagen of zwaarmoedig gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. zich overmatig zorgen gemaakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. het gevoel gehad dat u geen of nauwelijks controle hebt over de gebeurtenissen in uw leven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. zich eenzaam of geïsoleerd gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. zich gefrustreerd, geïrriteerd of driftig gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. een kater gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. minder interesse in seks gehad of geen seks kunnen hebben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. last gehad van verwarring, problemen gehad met het begrijpen van geschreven of gesproken taal of aanmerkelijk geheugenverlies ervaren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. gedachten of beelden niet uit uw gedachten kunnen krijgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. medicijnen moeten nemen, inclusief geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn (aspirine/paracetamol, middelen tegen allergieën, insuline, hormonen, oestrogenen, schildkliermedicijnen, prednison)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. om gezondheidsredenen op medisch voorschrift dieet moeten houden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. geen eetlust gehad of juist teveel gegeten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hebt u tijdens de afgelopen 3 dagen één of meer van de niet genoemde klachten, pijn of symptomen gehad?	J	N		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Indien u met ja hebt geantwoord, op welke dagen was dat?	Geen dagen	Gis-teren	Eergis-teren	3 dagen geleden
4a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. In de afgelopen 3 dagen... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)				
Deel II – Zelfzorg	Geen dagen	Gis-teren	Eergis-teren	3 dagen geleden
a. hebt u een deel van de dag of de nacht als patiënt in een ziekenhuis, verpleeginrichting of revalidatiecentrum doorgebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. hebt u wegens invaliditeit of gezondheidsproblemen hulp nodig gehad met uw persoonlijke verzorging, zoals eten, aan- of uitkleden, wassen of mobiliteit binnenshuis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QWBSA DUTCH 404

Site:

Patient Name Code:

Sequence:

Month:	Day:	Year:

6. In de afgelopen 3 dagen... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)

<u>Deel III – Mobiliteit</u>	Geen dagen	Gis- teren	Eergis- teren	3 dagen geleden
a. op welke dagen hebt u een motorrijtuig bestuurd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. op welke dagen hebt u van het openbaar vervoer gebruik gemaakt, zoals de bus, de metro, de trein, het vliegtuig of het invalidenvervoer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. op welke dagen hebt u om gezondheidsredenen niet zelf een motorrijtuig bestuurd of het openbaar vervoer gebruikt, of had u er hulp van iemand anders bij nodig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hebt u in de afgelopen 3 dagen... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)

<u>Deel IV – Lichamelijke activiteiten</u>	Geen dagen	Gis- teren	Eergis- teren	3 dagen geleden
a. moeilijkheden gehad bij het opgaan van trappen of hellingen of bij het op- en afstappen van de stoep?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. lopen vermeden, problemen gehad met lopen of langzamer moeten lopen dan andere mensen van uw leeftijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. gehinkt, of een stok, krukken of een looprek moeten gebruiken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. vermeden of moeilijkheden gehad met bukken, buigen of knielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. moeilijkheden gehad met dragen en optillen van gewone dingen zoals boeken, een aktetas of boodschappen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. op enige andere manier beperkingen ondervonden bij bewegingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. om gezondheidsredenen de hele dag of het grootste deel ervan in bed, op een stoel of op de bank doorgebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h1. de hele dag of het grootste deel ervan in een rolstoel doorgebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h2. Indien u in een rolstoel zat, op welke dagen moest iemand anders deze besturen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. In de afgelopen 3 dagen... (graag alle dagen invullen die van toepassing zijn)

<u>Deel V – Dagelijkse activiteiten</u>	Geen dagen	Gis- teren	Eergis- teren	3 dagen geleden
a. op welke dagen hebt u om lichamelijke of geestelijke gezondheidsredenen uw normale dagelijkse activiteiten, zoals uw werk, school of huishouden, moeten vermijden of beperken of had u er hulp bij nodig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. op welke dagen hebt u om lichamelijke of geestelijke gezondheidsredenen uw normale dagelijkse activiteiten, zoals bezoeken aan familie of vrienden, hobby's, winkelen, recreatie of kerkbezoek, vermeden of beperkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. op welke dagen hebt u om gezondheidsredenen uw plannen moeten veranderen? (Geef alleen activiteiten aan die u niet in de voorgaande 2 vragen hebt genoemd.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QWBSA DUTCH 505

Site:

Patient Name Code:

Sequence:

Month:	Day:	Year:

Deel V – Dagelijkse activiteiten (vervolg)

9a. Vindt u uw gezondheid:

- Uitstekend
- Heel goed
- Goed
- Matig
- Slecht

9b. Wat vindt u van uw gezondheid vergeleken met een jaar geleden?

- Veel beter dan een jaar geleden
- Een beetje beter dan een jaar geleden
- Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- Een beetje slechter dan een jaar geleden
- Veel slechter dan een jaar geleden

9c.

Denk aan een schaalverdeling van 0 tot 100. De 0 is de minst gewenste gezondheidsconditie die u zich kunt voorstellen en 100 is een perfecte gezondheid. Welk getal, van 0 tot 100 zou u uw eigen gezondheidsconditie tijdens de afgelopen 3 dagen gemiddeld geven?.

1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Copyright 1996. Alle rechten voorbehouden. Verandering, duplicatie, of distributie in elke vorm is zonder schriftelijke toestemming strikt verboden, Robert M. Kaplan, Theodore G. Ganiats en William J. Sieber.

Vragen 9a en 9b zijn openbaar door auteursrecht van DE RAND CORP.