

DSQ revised met RAND36 - DLV20140509

Naam

E-mail

0. Bent u gezond?

- Ja
 Nee

1. Wat is uw lengte? (in cm)

2. Wat is uw gewicht? (in kilo)

3. Wat is uw geboortedatum?
(dd-mm-jj)

4. Wat is uw geslacht?

- Man
 Vrouw

7. Bent u momenteel:

- Getrouwd of samenlevend
 Niet samenwonend
 Weduwe / weduwnaar
 Gescheiden
 Nooit getrouwd

8. Heeft u kinderen?

- Ja
 Nee **(bij nee, ga naar vraag 9)**

8a. Hoeveel kinderen heeft u?

8b. Hoeveel van deze kinderen zijn jonger dan 18 jaar?

9. Hoeveel mensen leven er in uw woning?

10. Wat is uw opleidingsniveau:

- Lagere school
 Enkele jaren middelbare school
 Middelbare school
 MBO / vakopleiding
 Gedeeltelijke HBO opleiding (minstens 1 jaar) of gespecialiseerde training
 HBO opleiding
 Universitaire opleiding

11. Wat is uw beroepsactiviteit: (vink aan wat van toepassing is)

- arbeidsongeschiktheidsuitkering
 Student
 Gezinshulp
 Gepensioneerd
 Zonder werk
 Part-time werk
 Full-time werk

11a. Als er sprake is van een uitkering, op welke grond werd deze toegekend?

Gaarne omschrijven

12. Wat is uw huidige beroep?

12a. Als u momenteel geen werkt heeft, wat was uw laatste beroep?

Wilt u bij de volgende vragen (13 - 66) aangeven hoe vaak elk symptoom optrad en wat de ernst was gedurende de laatste 6 maanden. Kies steeds 1 waarde voor frequentie en 1 waarde voor de ernst. Graag invullen van links naar rechts.

Symptomen

Frequentie
 Hoe vaak had u dit

Ernst
 Hoe ernstig was dit

	symptoom gedurende de laatste 6 maanden?	symptoom gedurende de laatste 6 maanden?
13. Moeheid / extreme uitputting	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="mild"/>
14. Doof, zwaar gevoel na het begin met een inspanning	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
15. Pijn of moeheid op de dag volgend op niet inspannende dagelijkse activiteiten	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
16. Mentale moeheid na minimale inspanning	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
17. De geringste activiteit maakt u lichamelijk moe	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
18. Lichamelijk leeg of ziek na geringe inspanning	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
19. Gevoel niet uitgerust te zijn bij 's morgens ontwaken	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
20. Ik moet overdag even slapen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
21. Moeite met in slaap vallen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
22. Problemen met doorslapen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
23. Vroeg in de ochtend ontwaken (bv. om 3 uur)	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
24. Overdag slapen en 's nachts wakker liggen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
25. Pijn in de spieren	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
26. Pijn/stijfheid/gevoeligheid in meer dan één gewricht zonder roodheid of zwelling	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
27. Pijn in de ogen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
28. Pijn op de borst	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
29. Opgeblazen gevoel	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
30. Pijn in de buik / maag	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
31. Hoofdpijn	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
32. Spiertrekkingen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
33. Spierzwakte	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
34. Overgevoeligheid voor geluid	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
35. Overgevoeligheid voor fel licht	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
36. Moeite met herinneren van dingen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
37. Moeite om de aandacht voor langere tijd erbij te houden	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
38. Moeite met het vinden van woorden of het uitdrukken van gedachten	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
39. Moeite met begrijpen van dingen	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
40. Kan de aandacht slechts bij één ding tegelijk houden	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
41. Niet in staat om blik of aandacht op iets te richten	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
42. Verlies van diepte waarneming	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
43. Traag denken	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
44. Afwezigheid of vergeetachtigheid	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
45. Blaasklachten	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
46. Prikkelbare darm klachten	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>
47. Misselijkheid	<input type="text" value="nooit"/>	<input type="text" value="symptoom niet aanwezig"/>

48. Onzeker gevoel bij staan, gevoel om te kunnen vallen
49. Kortademigheid of moeite met ademen
50. Duizeligheid of flauwvallen
51. Onregelmatige hartslag
52. Onbedoeld verlies of toename van gewicht
53. Geen eetlust
54. Zwetende handen
55. Nachtzweeten
56. Koude armen, benen en handen
57. Gevoel van rillingen
58. Gevoel van koude of warmte zonder oorzaak
59. Gevoel dat u een hoge temperatuur hebt
60. Gevoel dat u een lage temperatuur hebt
61. Alcohol intolerantie
62. Keelpijn
63. Gevoelige / pijnlijke lymfeklieren
64. Koorts
65. Griep-achtige verschijnselen
66. Sommige geuren, voedsel, medicijnen of chemische stoffen maken u ziek.

67. Heeft u altijd voortdurende of terugkerende moeheid / energie problemen gehad, ook als u teruggaat naar uw vroegste herinneringen als kind? (Met voortdurend en terugkerend bedoelen we dat moeheid / energie problemen gewoonlijk constant aanwezig zijn met nu en dan goede en slechte periodes)

68. Komt uw hoofdpijn vaker voor, voelt het slechter of ernstiger of komt het op een andere plaats voor op het hoofd sinds uw met moeheid / energie verband houdende ziekte begon?

69. Hoe lang geleden begon uw probleem met moeheid / energie?

70. Heeft men de diagnose Chronisch Vermoeidheid Syndroom of Myalgische Encephalitis gesteld?

- Ja
 Nee

70a. Indien Ja, in welk jaar kreeg u de diagnose?

70b. Hebt u op dit moment de diagnose Chronisch Vermoeidheid Syndroom of Myalgische Encephalitis?

- Ja
 Nee

70c. Wie stelde de diagnose Chronisch Vermoeidheid Syndroom of Myalgische Encephalitis?

70d. Kreeg enig familielid de diagnose Chronisch Vermoeidheid Syndroom of Myalgische Encephalitis?

- Ja
 Nee

Indien ja, omschrijf hun relatie tot u en de huidige leeftijd:

71. Heeft u één of meer van de volgende symptomen regelmatig en bij herhaling ervaren in de maanden en jaren voor uw moeheid / energie problemen begonnen?

72. Verdwijnt uw moeheid / energie probleem als u rust?

72a. Hoe lang moet u rusten om uw moeheid / energie probleem geheel of gedeeltelijk te laten verwijnen?

Minder dan 30 minuten

73. Zou u binnen een uur of twee na afloop herstellen als u uitgeput raakte van actieve deelname van activiteiten buiten school of werk, sport of uitgaan met vrienden?

 Ja
 Nee

74. Heeft u uw activiteiten niveau verminderd om problemen met moeheid / energie te vermijden?

Ja

75. Ervaart u een verslechtering van uw moeheid / energie gerelateerde ziekte na een minimale fysieke inspanning?

Ja

75a. Ervaart u een verslechtering van uw moeheid / energie gerelateerde ziekte na een mentale inspanning?

 Ja
 Nee

75b. Hoelang duurt de verslechtering als deze optreedt? (kies 1 mogelijk antwoord)

1 uur of minder

76. Doet u nu enige vorm van lichaamsbeweging?

 Ja
 Nee
(bij ja, ga naar vraag 77)

76a. Waarom doet u niet aan lichaamsbeweging?

(Druk op ctrl en klik als u meerdere opties wilt selecteren).

Geen interesse

Geen tijd

Zou graag willen maar ik kan het niet vanwege problemen met moeheid / energie
 Ik kan het niet omdat lichaamsbeweging de symptomen verergert

77. Over welke tijdsperiode ontstond de ziekte die met het moeheid / energie probleem gepaard gaat?

Binnen 24 uur

78. Hoe wordt het beloop van uw ziekte die met het moeheid / energie probleem gepaard gaat het beste beschreven?

Voortdurend slechter

79. Welk antwoord beschrijft uw ziekte gedurende de laatste 6 maanden het beste?

Ik ben niet in staat om te werken of iets te doen

80. Begon uw ziekte die gepaard gaat met moeheid / energie probleem na één van de volgende gebeurtenissen? (Kies één of meerdere antwoorden en geef een toelichting)

 Een infectieziekte Een ongeval Een reis of vakantie Een immunisatie Operatie Ernstige stress (nare gebeurtenis(sen)) Anders Ik ben niet ziek

81. Heeft u ook een arts of zorgverlener over uw moeheid/energie probleem geraadpleegd?

 Ja
 Nee (Ga naar vraag 83)

82. Bent u op dit moment onder controle van een arts voor uw moeheid/energie probleem?

 Ja
 Nee

83. Heeft u een ziekte(n) die mogelijk uw symptomen kan verklaren?

 Ja
 Nee (Ga naar vraag 84)

83a. Welke ziekte(n) heeft u?

Naam van ziekte en startdatum:

83b. Voor welke van deze

aandoeningen wordt u nu behandeld?

84. Gebruikt u nu medicijnen (met of zonder recept)?

 Ja
 Nee (Ga naar vraag 86)

84a. Welke medicijnen (met of zonder recept)?

85. Denkt u dat een medicijn of medicijnen uw moeheid / energie probleem veroorzaakt of veroorzaken?

Ja

85a. Welk medicijn denkt u dat uw probleem veroorzaakt?

86. Bent u ooit gediagnosticeerd met of behandeld voor één van de volgende aandoeningen: (Selecteer alles wat van toepassing is en noteer begin en eindjaar, de behandeljaren en medicijnen (indien van toepassing) in het blanco veld)

 Ernstige depressie Ernstige depressie met melancholie Bipolaire stoornis (manisch-depressief)

- Angst
- Schizofrenie
- Eet-stoornis
- Middelen misbruik
- Multiple chemical sensitivities
- Fibromyalgie
- Allergieën
- Anders (graag specificeren)
- Geen diagnose / behandeling

87. Wat is naar uw mening de oorzaak van uw moeheid / energie probleem? (selec teer 1)

Uitsluitend fysiek

88. Denkt u dat er iets in het bijzonder in uw persoonlijk leven of omgeving verantwoordelijk is voor uw moeheid / energie probleem?

Ja

88a. Gaarne toelichting:

89. Hoeveel uur heeft u, bij benadering, in de laatste 4 weken besteed aan:

- a. Huishoudelijke activiteiten? uren per week
- b. Sociale / vrijetijds activiteiten? uren per week
- c. Familie gerelateerde activiteiten? uren per week
- d. Werk gerelateerde activiteiten? uren per week

90. Heeft u in de laatste 4 weken door uw gezondheid of problemen met moeheid / energie het aantal uren moeten verminderen die u vroeger (voor uw ziekte) besteedde aan beroeps-, sociale of familieactiviteiten?

Ja

90a. Hoeveel uren besteedde u, bij benadering, voor uw moeheid / energie gerelateerde ziekte aan:

- a. Huishoudelijke activiteiten? uren per week
- b. Sociale / vrijetijds activiteiten? uren per week
- c. Familie gerelateerde activiteiten? uren per week
- d. Werk gerelateerde activiteiten? uren per week

91. Geef de hoeveelheid energie aan die u gisteren had op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen energie en 100 = de energie die voor de ziekte had. (als u geen moeheid / energie gerelateerde ziekte heeft, een score van 100 = overvloedige energie waarmee u full-teime kunt werken en daarnaast voldoende overhoudt voor uw familie).

92. Geef de hoeveelheid energie aan die u gisteren gebruikt heeft op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen energie en 100 = de energie die voor de ziekte gebruikte.

93. Geef de mate van moeheid aan die u gisteren had op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen moeheid en 100 = ernstige moeheid.

94. Geef de hoeveelheid energie aan die u vorige week had op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen energie en 100 = de energie die u voor de ziekte had.

95. Geef de hoeveelheid energie aan die u vorige week gebruikt heeft op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen energie en 100 = de energie die u voor de ziekte gebruikte.

96. Geef de mate van moeheid aan die u vorige week had op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 = geen moeheid en 100 = ernstige moeheid.

97. Hebben uw symptomen een vermindering van uw activiteiten met 50% of meer veroorzaakt sinds het begin van uw moeheid / energie problemen?

Ja

98. Heeft u vaak virale infecties met langdurig herstel?

- Ja
- Nee

99. Bent u intolerant voor extremen in temperatuur (wanneer het extreem heet of koud is)?

- Ja
- Nee

RAND36 SURVEY

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd. Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje te kiezen? Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid? Uitstekend
2. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen? Veel beter dan een jaar geleden
3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij uw bezigheden? Zo ja, in welke mate?
- 3a. Forse inspanning: hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten Ja, ernstig beperkt
- 3b. Matige inspanning: verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen Ja, ernstig beperkt
- 3c. Tillen of boodschappen dragen Ja, ernstig beperkt
- 3d. Een paar trappen oplopen Ja, ernstig beperkt
- 3g. Meer dan een kilometer lopen Ja, ernstig beperkt
- 3f. Buigen, knielen of bukken Ja, ernstig beperkt
- 3e. Eén trap oplopen Ja, ernstig beperkt
- 3h. Een halve kilometer lopen Ja, ernstig beperkt
- 3i. Honderd meter lopen Ja, ernstig beperkt
- 3j. Uzelf wassen of aankleden Ja, ernstig beperkt
4. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?
- 4a. U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden Ja
 Nee
- 4b. U heeft minder bereikt dan u zou willen Ja
 Nee
- 4c. U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden Ja
 Nee
- 4d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) Ja
 Nee
5. Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld omdat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?
- 5a. U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden Ja
 Nee
- 5b. U heeft minder bereikt dan u zou willen Ja
 Nee
- 5c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent Ja
 Nee
6. 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? Helemaal niet
7. Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken? Geen
8. In welke mate heeft pijn u de afgelopen vier weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)? Helemaal niet
9. Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen vier weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het

antwoord aanvinken dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld?

9a. Voelde u zich levenslustig?

Voortdurend ▼

9b. Voelde u zich erg zenuwachtig?

Voortdurend ▼

9c. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?

Voortdurend ▼

9d. Voelde u zich kalm en rustig

Voortdurend ▼

9e. Voelde u zich energiek?

Voortdurend ▼

9f. Voelde u zich neerslachtig en somber?

Voortdurend ▼

9g. Voelde u zich uitgeblust?

Voortdurend ▼

9h. Voelde u zich gelukkig?

Voortdurend ▼

9i. Voelde u zich moe?

Voortdurend ▼

10. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (Zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

Voortdurend ▼

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

11a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen

Volkomen juist ▼

11b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken

Volkomen juist ▼

11c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan

Volkomen juist ▼

11d. Mijn gezondheid is uitstekend

Volkomen juist ▼

Formulier verzenden