Vragenlijst valpoli

Vragenlijst valpoli

Geriatrie

Ter voorbereiding op uw bezoek aan de val polikliniek vragen wij u onderstaande vragen zo volledig mogelijk in te vullen. De vragen omvatten verschillende aspecten om een zo goed mogelijk beeld van uw persoonlijke situatie te kunnen verkrijgen.

Vragenlijst

Algemeen	Haal door wat niet van toepassing is
Bent u vanwege uw val verwezen naar SEH?	Ja / Nee
Woont u alleen?	Ja / Nee
Kreeg u voor de val reeds hulp van partner, vrienden, buren of van thuiszorg/wijkverpleging?	Ja / Nee
Krijgt u sinds de val hulp van partner, vrienden, buren of van thuiszorg/wijkverpleging?	Ja / Nee
Frequentie	
Was deze val uw eerste val?	Ja / Nee *Indien ja, ga door naar "omstandigheden*
Hoe vaak bent u dan de afgelopen 12 maanden gevallen?	_____ keer
Hoe vaak valt u gemiddeld?	Dagelijks/Wekelijks/Maandelijks/Jaarlijks
Omstandigheden	
Waar valt u meestal?	Thuis/ Elders/Allebei
Wat was volgens u de oorzaak van de laatste val? Denk aan ongelukje, struikelen, flauwvallen, duizeligheid,weet niet of iets anders.	
Is er iemand die de val gezien heeft?	Ja / Nee

Zo ja wie; _____	
Herinnert u zich hoe u valt?	Ja / Nee

De volgende vragen betreffen alle valpartijen die u hebt meegemaakt, ook al was het de eerste keer.

Als u valt of het gevoel hebt bijna te vallen, wanneer treedt dit dan op?

Bij het opstaan uit bed of stoel	Ja / Nee/ Weet niet
Na draaien met uw hoofd of scheren (indien van toepassing)	Ja / Nee/ Weet niet
's Nachts bij het uit bed gaan	Ja / Nee/ Weet niet
Binnen 2 uur na het eten van een maaltijd	Ja / Nee/ Weet niet
Tijdens het hoesten of lachen	Ja / Nee/ Weet niet
Op het toilet bij plassen of ontlasting	Ja / Nee/ Weet niet
Bij warm weer/een warme omgeving	Ja / Nee/ Weet niet
Na lang staan	Ja / Nee/ Weet niet
Bij emotionele stress/pijn	Ja / Nee/ Weet niet
Als gevolg van een ongelukje (bijvoorbeeld struikelen)	Ja / Nee/ Weet niet
Tijdens inspanning	Ja / Nee/ Weet niet

Voelt u de val aankomen? *Zo ja, voelt u dan 1 of meerdere van onderstaande klachten aankomen?*	Ja / Nee/ Weet niet
Duizeligheid	Ja / Nee/ Weet niet
Zwart voor de ogen of licht in het hoofd	Ja / Nee/ Weet niet
Hartkloppingen	Ja / Nee/ Weet niet
Pijn op de borst	Ja / Nee/ Weet niet
Tintelingen in handen of rondom mond	Ja / Nee/ Weet niet
Kortademigheid	Ja / Nee/ Weet niet
Opstijgend gevoel vanuit de buik	Ja / Nee/ Weet niet
Wazig zien/dubbelzien	Ja / Nee/ Weet niet
Hoofdpijn	Ja / Nee/ Weet niet
Transpireren	Ja / Nee/ Weet niet
Misselijkheid/braken	Ja / Nee/ Weet niet

Kunt u aangeven wat voor gelaatskleur u heeft voordat u valt? Heeft u een normale gelaatskleur, ziet u bleek, rood of onbekend?

_____

Treden er tijdens of vlak na de val de volgende klachten op? (Streep door wat niet van toepassing is)

Bewustzijnsverlies	Trekkingen van het lichaam	Verstijving/verkramping van het lichaam	Incontinetie van urine	Incontinentie van ontlasting
Bijten op de tong	Niet kunnen opstaan na een val	Uitval van kracht of het gevoel in ledematen	Moeite met praten	Verwardheid

Indien 1 van bovenstaande klachten optreedt, hoe lang duurt dit ongeveer? Minder dan 1 minuut/ 1-5 minuten of meer dan 5 minuten?

_____

Bezoekt u sinds de val een fysiotherapeut? Ja / Nee

Indien ja, hoe vaak gaat u naar de fysiotherapeut? Vul aantal keren in.

_____ keer per week _____ keer in totaal

Mobiliteit vóór de laatste val	
Had u moeite met lopen?	Ja / Nee
Gebruikte u een hulpmiddel bij het lopen? *Zo ja, welke hulpmiddel;*_____	Ja / Nee
Had u een goed evenwicht?	Ja / Nee
Had u pijn in uw voeten of benen?	Ja / Nee
Had u een minder gevoel in uw voeten of benen?	Ja / Nee
Had u minder kracht in één of beide benen?	Ja / Nee
Had u klachten van stijfheid van gewrichten?	Ja / Nee
Heeft u aangepast schoeisel?	Ja / Nee

Kunt u aangeven met behulp van een cijfer op een schaal van 0-10: (waarbij 0 = geen zorgen, 10 = heel veel zorgen)

- Hoeveel zorgen u zich maakte voor de val over vallen? _____

- Hoeveel zorgen u zich maakt sinds de val over vallen? _____

Gezichtsvermogen	
Kunt u de krant goed lezen?	Ja / Nee
Kunt u de laatste 6 maanden aanzienlijk minder goed zien?	Ja / Nee
Maakt u gebruik van een hulpmiddel voor het zien? *Zo ja welk hulpmiddel*_____	Ja / Nee

Sociale situatie

Er volgen nu wat laatste vragen over uw sociale situatie.

Wat is uw burgerlijke staat: Gehuwd/ Weduwe/ Weduwnaar/ Gescheiden/ Alleenstaand/ Samenwonend

Heeft u kinderen: _____

Hoe is uw woonomgeving? (Zelfstandigwonend met of zonder hulp, hulp van partner of thuiszorg, wooncentrum of verpleeghuis) Heeft u thuiszorg wilt u dan ook aangeven hoevaak u deze heeft?

_____

_____

Rookt U? Ja / Nee

Zo ja namelijk _____ sigaretten/sigaren per dag

Gebruikt u alcohol? Ja/ Nee

Zo ja namelijk _____glazen per week / dag

Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld?	Ja / Nee
Had u de afgelopen maand weinig interesse of plezier in dingen?	Ja / Nee
Heeft u klachten met uw geheugen?	Ja / Nee
Bent u voor 1 van onderstaande ziektebeelden onder behandeling (geweest)?	
Diabetes mellitus	Ja / Nee
Hoge bloeddruk	Ja / Nee
Beroerte/herseninfarct	Ja / Nee
Hartaanval	Ja / Nee
Oogafwijkingen	Ja / Nee
Schildklierafwijkingen	Ja / Nee
Kanker	Ja / Nee
Anders, nl;	