

# OPVOLGING VAN MIJN SYMPTOMEN

Datum van de **evaluatie** ...../...../.....

## WAT IS UW LEEFTIJD?

\_\_\_\_\_

Om uw antwoord te geven, vinkt u één vakje per vraag aan

### 1. UW MS

**1.1** Hebt u in de afgelopen 6 maanden opstoten gehad?  
(Is er iets opgevallen en/of neem je een bepaalde evolutie waar?)

**JA**  **NEE**  **NIET ZEKER**

Ga naar punt 2

**1.2** Indien ja, hoeveel opstoten?













**1**  **2**  **3+**

**1.3** Indien ja, hoe goed herstelde u van uw meest recente opstoot?

**Volledig (100%)** **Zo goed als volledig (75%)** **Gedeeltelijk (50%)** **Een beetje (25%)** **Helemaal niet (0%)**

## 2. UW SYMPTOMEN

a) Hebt u een van de volgende symptomen ervaren in de afgelopen 6 maanden, die u voordien nietervaarde?

		Nee	Ja
2.1	 Problemen met uw zicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	 Spierzwakte of spierspasmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	 Moeilijkheden met lopen en bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	 Problemen met coördinatie en evenwicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	 Pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	 Gevoelloosheid of tintelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	 Problemen met controle urineblaas of darmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	 Problemen met uw spraak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	 Problemen met concentratie en dingen onthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	 Zich moe of vermoeid voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	 Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	 Andere: ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voor alle symptomen waarvoor u "ja" hebt geantwoord in V2a)

b) Had u deze symptomen tijdens een eventuele opstoot die u had in de afgelopen 6 maanden?

Nee	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Kwamen de symptomen nu en dan of waren ze er meestal?








Symptomen kwamen nu en dan	Symptomen waren er meestal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Als de symptomen er meestal waren ...

Werden ze beter?	Bleven ze hetzelfde?	Werden ze erger?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. DE IMPACT VAN MS OP UW LEVEN

In welke mate hebben uw MS-symptomen u in de afgelopen 6 maanden getroffen:

		Helemaal niet	Een beetje	Matig	Veel	Ik kan dit niet doen vanwege mijn MS
3.1	 Rondlopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	 Zich wassen, baden en aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	 Dagelijkse taken uitvoeren, bijvoorbeeld huishoudelijk werk of met de auto rijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	 Hobby's en vrijetijdsactiviteiten aangaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	 Op het werk (betaald of vrijwillig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan V3.5 niet beantwoorden omdat ik niet werk om redenen die geen verband houden met mijn MS						<input type="checkbox"/>
3.6	 Intiem zijn of seksuele betrekkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	 Emotioneel (bijvoorbeeld zich neerslachtig, angstig of bezorgd voelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zijn er specifieke symptomen waarop u zich wilt focussen tijdens het gesprek met uw medische zorgverlener? Zo ja, omcirkel/markeer het/de betreffend(e) vraagnummer(s) in deze vragenlijst of omschrijf hieronder.

.....

.....

.....

.....

### 4. DE IMPACT VAN UW HUIDIG ZORGTRAJECT

Hoe ervaart u uw huidig zorgtraject? Wat zijn de voor- en nadelen (bijwerkingen) voor u als persoon?

.....

.....

.....

.....

Deze vragenlijst werd ontwikkeld door Novartis Pharma NV (« Novartis ») om personen met MS te helpen een meer gericht gesprek aan te gaan met hun zorgverlener rond het ziekteverloop van hun MS, gedurende de voorbije 6 maanden. Deze vragenlijst dient niet beschouwd te worden als medisch advies over welk onderwerp dan ook. Novartis heeft geen toegang tot de persoonlijke gegevens van de personen die deze vragenlijst invullen.