

BETREFT PATIËNT:

M/V

Naam verpleegkundige:

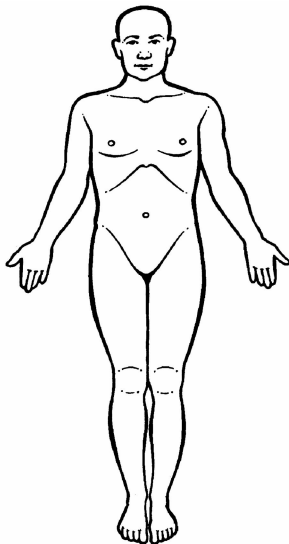
Afdeling:

Instelling:

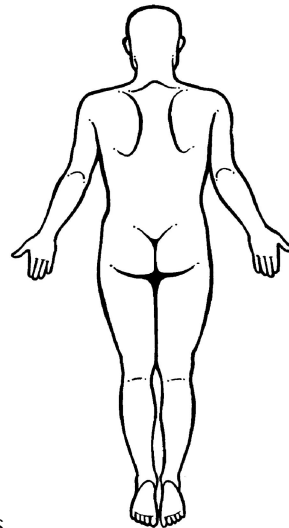
Datum:

Probleem

1. WAAR HEEFT U PIJN? (op tekening aangeven, indien van toepassing op meerdere plaatsen)



Links



2. SINDS WANNEER HEEFT U DEZE PIJN?

.....dagenwekenmaandenjaren

3. HOE IS UW PIJN ONTSTAAN?

geleidelijk plotseling

4. WELK VERLOOP HEEFT UW PIJN?

De pijn is steeds even erg aanwezig
 De pijn verloopt in aanvallen, d.w.z. tussen de aanvallen is de pijn weg
 De pijn is wisselend van ernst maar is nooit helemaal weg

5. HOE ZOU U DE PIJN DIE U VOELT HET BESTE KUNNEN OMSCHRIJVEN?

1	2	3
<input type="checkbox"/> opflikkerend	<input type="checkbox"/> prikkelend	<input type="checkbox"/> drukkend
<input type="checkbox"/> flitsend	<input type="checkbox"/> stekend	<input type="checkbox"/> knellend
<input type="checkbox"/> schietend	<input type="checkbox"/> doorborend	<input type="checkbox"/> snoerend
4	5	6
<input type="checkbox"/> branderig	<input type="checkbox"/> scherp	<input type="checkbox"/> zeurend
<input type="checkbox"/> brandend	<input type="checkbox"/> snijdend	<input type="checkbox"/> knagend
<input type="checkbox"/> vlammend	<input type="checkbox"/> messcherp	<input type="checkbox"/> hardnekkig
<input type="checkbox"/> anders, nl.....		

6. ALS U UW PIJN UITDRUKT IN EEN CIJFER TUSSEN 0 EN 10, WAARBIJ 0 BETEKENT GEEN PIJN EN 10 BETEKENT DE ERGSTE PIJN DIE U ZICH KUNT VOORSTELLEN, HOEVEEL PIJN

a. heeft u op dit moment?

b. had u gemiddeld de afgelopen week?

c. heeft u als uw pijn het minst erg is?

d. heeft u als uw pijn op zijn ergst is?

e. vindt u draaglijk?

Etiologie (oorzaak + samenhangende factoren)

7. WAARDOOR DENKT U DAT UW PIJN WORDT VEROORZAAKT?

.....

.....

