

PIJNKART

Datum / /20

Geboortedatum: / / 20

Doorverwezen door:

VOORGESCHIEDENIS

Voorgeschiedenis van pijn: ☐ Ja ☐ Neen

In welke omstandigheden:

De intensiteit was /10

De intensiteit was /10

ANAMNESE

Huidige pijn sinds: / / 20

☐ Geen pijn ☐ Pijn

☐ VAS ☐ GVS ☐ NS ☐ /10

"Pijn" diagnose: _____

[illegible]

Wat verergert de pijn:

Wat vermindert de pijn:

Farmacologische behandeling:

Niet farmacologische behandeling:

Bijwerkingen:

	Interventies:
	Interventies:
	Interventies:

EVALUATIE LEVENSKWALITEIT

Invloed van de pijn op de **dagelijkse activiteiten**:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

Opmerkingen:

/10

Invloed van de pijn op de **beroepsactiviteiten**:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

Opmerkingen:

/10

Invloed van de pijn op de **sociale activiteiten**:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

Opmerkingen:

/10

Invloed van de pijn op de **plezierige momenten van het leven**:

0/10: geen invloed 10/10: allesoverheersende invloed

Opmerkingen:

/10

Hoeveel tijd dient u per dag uw normale activiteiten te onderbreken: uur

Kwaliteit van de slaap: ☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht

Moeilijkheden bij het inslapen: ☐ Nooit ☐ Soms ☐ Dikwijls ☐ Zeer dikwijls

Wakker worden van de pijn: ☐ Nooit ☐ Soms ☐ Dikwijls ☐ Zeer dikwijls

Andere tekenen:

Opmerkingen:

Opgesteld door:



versie 03/2022