

---

# Vragenlijst voor patiënten met chronische urticaria of angio-oedeem

---

JRM & MMK 2017

Uw naam: ..... man  / vrouw

Geboortedatum: ...../...../..... Datum: ...../...../.....

Kruis de hokjes aan die van toepassing zijn en beantwoord de vragen:

1. Sinds hoelang heeft u last van galbulten (urticaria, netelroos) en/of dieper in de huid liggende zwellingen (angio-oedeem)? (a.u.b. de datum, of de maand, en het jaar invullen wanneer het begonnen is)

- Ik heb galbulten (of zwellingen) sinds: .....  
 Ik heb alleen galbulten  
 Ik heb alleen diepere zwellingen  
 Ik heb beide

2. Hoe vaak heeft u gemiddeld een aanval van galbulten of angio-oedeem ?

- Ik heb galbulten:             continu    elke dag  
    een paar keer per week  
    een paar keer per maand  
    anders, namelijk: .....

- Ik heb angio-oedeem:        continu    elke dag  
    een paar keer per week  
    een paar keer per maand  
    anders, namelijk: .....

3. Hoelang duurt het voordat één afzonderlijk bultje weer wegtrekt ?

..... uur

(U kunt dit nagaan door een nieuw ontstane galbult met viltstift om te trekken en op te letten wanneer deze niet meer verheven is).

Hoelang duurt het voordat een dieper liggende zwelling (b.v. rond de ogen of de mond) weer wegtrekt ?

..... uur

4. Heeft u ooit een galbult of zwelling gehad die langer dan 24 uur op dezelfde plek aanwezig bleef? Zo ja, waar ? Ja  / Nee

.....

5. Hoe groot worden de galbulten gemiddeld bij u ?

..... millimeter       ..... centimeter

6. Op welk lichaamsdeel heeft u meestal last van galbulten of angio-oedeem ?

Ik heb galbulten:

- verspreid over het gehele lichaam
- vooral op armen en/of benen
- op aan zon blootgestelde delen
- op drukplaatsen (b.v. onder riem of BH-bandje)
- elders op het lichaam, namelijk:

.....

Ik heb zwellingen

- van de oogleden
- van de lippen
- aan handen en/of vingers van de tong en/of de keel
- elders op het lichaam, namelijk:

.....

7. Zijn er ooit blauw, paars, of bruinachtig verkleurde plekken of rode puntjes achtergebleven op de plaats waar de galbulten zaten ? Ja  / Nee

8. Jeuken de gebieden met galbulten of het angio-oedeem ? Ja  / Nee

9. Heeft u de huid kapot gekrabd op de jeukende plekken ? Ja  / Nee   
Is de huid op die plekken ook droog of schilferend ? Ja  / Nee

10. Voelt u nog een andere sensatie in de aangedane huid ? Ja  / Nee

Zo ja, hoe zou u deze sensatie beschrijven?

- pijnlijk
- brandend
- gespannen aanvoelend
- nog anders, namelijk:

.....

11. Er zijn een aantal klachten (hieronder genoemd) die tijdens of direct na een aanval van galbulten of angio-oedeem kunnen optreden. Als u dit soort klachten heeft gehad, kruis dit dan aan:

- loopneus
- tranende ogen
- heesheid
- dikke tong
- gezwollen verhemelte of keelholte
- astma (piepende ademhaling, kortademigheid)
- benauwdheid door zwelling van de keelholte of luchtpijp
- hoofdpijn
- duizeligheid
- flauwvallen
- buikpijn
- buikkrampen
- misselijkheid
- overgeven
- diarree
- koorts
- koude rillingen
- vermoeidheid

12. Op welk moment van de dag heeft u meestal last ?

- 's nachts
- ik wordt 's nachts wakker van de jeuk
- 's ochtends
- direct bij het opstaan
- 's middags
- op willekeurige momenten
- 's avonds
- direct na thuiskomen

13. Wanneer heeft u meer last van urticaria of angio-oedeem:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> binnenshuis meer last | <input type="checkbox"/> buitenshuis meer last   | <input type="checkbox"/> geen verschil |
| <input type="checkbox"/> op het werk meer last | <input type="checkbox"/> op het werk minder last | <input type="checkbox"/> geen verschil |
| <input type="checkbox"/> in weekend meer last  | <input type="checkbox"/> doordeweeks meer last   | <input type="checkbox"/> geen verschil |
| <input type="checkbox"/> op vakantie meer last | <input type="checkbox"/> op vakantie minder last | <input type="checkbox"/> geen verschil |

14. Zijn uw klachten begonnen na een bepaalde ziekte of ontsteking ? (B.v. tand- of kiesontstekingen, keel-, neus- of oor-infecties, huidinfecties, worminfecties, longontsteking, blaasontsteking, of andere ontstekingen of ziekten). Zo ja, welke ? Ja  / Nee

.....

Heeft u toen geneesmiddelen voorgeschreven gekregen of zelf gebruikt ? (zo ja vul in bij vraag 42)

15. Zijn uw klachten begonnen na onderstaande gebeurtenissen ?

- na het maken van röntgenfoto's met behulp van contrastvloeistof of andere contrastmiddelen ?  
 na het gebruik van bepaalde medicijnen, of na injecties of infusies ?  
Zo ja, welke:

.....

Andere bijzondere gebeurtenissen? Zo ja, welke:

.....

16. Is er een verband tussen uw klachten en het seizoen/weersomstandigheden ? Ja  / Nee   
Zo ja, wanneer verergeren uw klachten ?

.....

17. Bent u ooit in een tropisch gebied geweest ? Ja  / Nee   
Zo ja, wanneer en waar :

.....

Soms treden aanvallen van galbulten en/of angio-oedeem op in bepaalde omstandigheden. Wij hebben hieronder een aantal voorbeelden genoemd. Als bij u een aanval optrad in één of meerdere van de genoemde omstandigheden wilt u deze dan aankruisen:

18. Treden de galbulten op ongeveer binnen 15 minuten na:

- wrijven of krabben over de huid ?  
 na het dragen van strakke kleding ?  
 ergens tegenaan leunen (b.v. tegen de harde rugleuning van een stoel)?

19. Treden de galbulten / angio-oedeem op als er iets geweest is dat grote druk heeft uitgeoefend op de huid (meestal ontstaan de galbulten / zwellingen dan niet meteen maar 6 tot 12 uur later) ? Als dit bij u het geval is, bij wat voor werkzaamheden of omstandigheden treedt dit dan op ?

- langdurig staan of lang lopen ?       langdurig zitten of fietsen ?  
 werken op knieën ?  
 werken met gereedschap ?       zware lasten dragen ?  
 andere omstandigheden, zo ja welke:

.....

20. Treden de galbulten / angio-oedeem meestal op:

- in koude omgeving (bv. sneeuw, regen, wind) ?
- bij contact met koude voorwerpen (bv. ijs eten, aanraken koud fietsstuur)
- in koud water (bv. douche of zwembad) of ijsblokjes ?
- bij de overgang van koude naar warmte of omgekeerd ?

21. Treden de galbulten / angio-oedeem meestal op:

- in warme omgeving ?
- bij opwinding, schrik of stress ?
- bij transpireren ?
- bij contact met warme voorwerpen ?
- bij sterk gekruid eten of warme koffie drinken ?
- bij inspanning of tijdens sport ?
- tijdens een warme douche of bad ?
- tijdens of na sex ?

22. Zijn de galbulten of het angio-oedeem ontstaan na blootstelling aan (zon)licht ? Ja  / Nee

23. Krijgt u wel eens witte, blauwe, pijnlijke of gevoelloze vingers door koude ? Ja  / Nee

24. Denkt u dat uw klachten verergeren onder invloed van:

- werkstress of andere stress ?
- problemen ?
- zenuwachtigheid ?

.....  
.....

25. Kreeg u ooit galbulten, jeuk of een rode huid na direct huidcontact met:

- wol of andere kleding ?
- cosmetica of parfum ?
- chemische producten ?
- andere producten ? Zo ja, welke ?
- dieren of planten ?
- genees- of voedingsmiddelen ?

.....

26. Is er in uw naaste familie iemand die ook galbulten of angio-oedeem heeft ? Ja  / Nee   
Zo ja, wie ?

.....

27. Van welke van de onderstaande klachten heeft u last of ooit last gehad:

- hooikoorts, niesbuien in huis, loopneus (allergische rhinitis) ?
- tranende ogen (conjunctivitis) ?
- benauwdheid, piepende ademhaling (astmatische klachten) ?
- eczeem (dauwworm als baby of atopisch eczeem op jonge leeftijd) ?

28. Komen in uw naaste familie deze allergische klachten voor ? Ja  / Nee   
(dauwworm, atopisch oftewel constitutioneel eczeem, andere vormen van eczeem, hooikoorts, of astma) ? Zo ja, welke van deze klachten en bij wie ?

.....  
.....

29. Is bij u ooit een allergie voor bepaalde voedingsmiddelen vastgesteld ? Ja  / Nee   
 Zo ja, voor welke producten, en hoe is dit vastgesteld ?  
 .....  
 .....
30. Denkt u zelf dat uw klachten verergeren door bepaalde voedingsmiddelen ? Ja  / Nee   
 (b.v. vis / mosselen / garnalen / kreeft / peulvruchten / selderij / aardbeien /  
 appels / peren / banaan / pinda's / noten / soja(bonen) / kaas / alcohol /  
 chocolade / (kinine-houdende) frisdrank / eieren- of melkprodukten / ijs /  
 voeding uit blik / diepvriesmaaltijd / kunstmatige zoetstoffen / overige )  
 Zo ja, bij welke voedingsmiddelen ?  
 .....
31. Heeft u ooit na het eten van één van bovengenoemd(e) voedingsmiddel(en) één  
 van onderstaande verschijnselen waargenomen ? Ja  / Nee   
 tintelend of brandend gevoel in de tong of op de lippen ?  
 zwelling van de tong of lippen ?  
 buikkrampen en/of diarree ?
32. Heeft u ooit een dieet gevolgd om van uw klachten af te komen ? Ja  / Nee   
 Zo ja, heeft dit dieet de klachten verminderd ? Ja  / Nee   
 Is het dieet door een diëtist voorgeschreven ? Ja  / Nee   
 Heeft u het dieet strikt gehouden ? Ja  / Nee   
 Wat was dit voor dieet en hoelang heeft u dit dieet gevolgd ?  
 .....
33. Heeft u huisdieren ? Ja  / Nee   
 Zo ja, welke en sinds wanneer ?  
 .....
34. Komt u veel in contact met één van onderstaande stoffen ? Ja  / Nee   
 planten / bloemen ?  schoonmaak\_ en wasmiddelen ?  
 cosmetica ?  verf / lijm / rubber ?  
 andere bijzondere stoffen, zo ja welke ?  
 .....
35. Wat is uw beroep of wat voor werkzaamheden verricht u op het ogenblik ?  
 .....
36. Wat zijn uw hobby's ?  
 .....  
 .....

37. Komt u (b.v. door uw beroep) veel in contact met chemische of industriële producten en/of bestaat er kans op het inademen van deze produkten ? (b.v. vloeistoffen / dampen / nevels / stofwolken ?) Zo ja, om welke produkten gaat het ?

Ja  / Nee

.....

38. Heeft u metalen voorwerpen in uw lichaam ? (bv. pacemakers, gewrichtsprothesen, metalen platen of schroeven, metaal in uw mondholte) ? Zo ja, welke ?

Ja  / Nee

.....

39. Alleen voor vrouwen: gebruikt u de anticonceptie pil? Zo ja, welke, en sinds hoelang ?

Ja  / Nee

.....

Heeft u meer klachten vlak voor de menstruatie ?

Ja  / Nee

40. Wilt u hieronder zo nauwkeurig mogelijk noteren welke geneesmiddelen u in het afgelopen jaar gebruikt heeft **voor uw galbulten of angio-oedeem** ?

naam geneesmiddel:	hoeveelheid per dag:	in welke periode:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

41. Indien u antihistaminica voor uw galbulten of angio-oedeem heeft gebruikt, hoeveel dagen geleden heeft u de laatste ingenomen, en welke was dat ?

.....

42. Wilt u hieronder zo nauwkeurig mogelijk **alle andere geneesmiddelen** opschrijven die u het afgelopen jaar heeft gekregen voor andere aandoeningen (inclusief injecties of inentingen) ? (Met name antibiotica, pijnstillers en ontstekingsremmende middelen, slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, psychofarmaca, anti-epileptica, laxeremiddelen, geneesmiddelen tegen gewrichtspijn of griep, anti-hoest tabletten, hormoonpreparaten (anticonceptiepil, oestrogenen, insuline), vitamine-tabletten, homeopathische middelen, drugs, overige)?

NB: vraag uw apotheek om een uitdraai van het afgelopen jaar.

naam geneesmiddel:	hoeveelheid per dag:	in welke periode:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

43. Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen ? Ja  / Nee   
Zo ja, voor welke, en waaruit is dat gebleken ?

.....  
.....

44. Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen of onder specialistische behandeling geweest ? Zo ja, voor welke klachten ? Ja  / Nee

.....  
.....

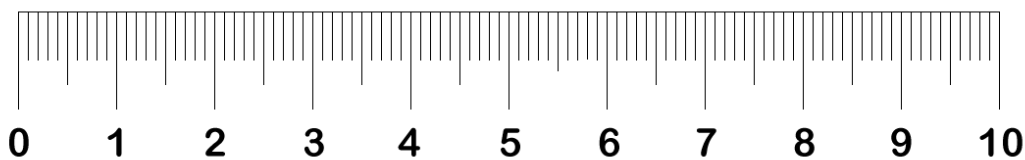
45. Heeft u op het ogenblik nog andere lichamelijke klachten ? Ja  / Nee

.....  
.....

46. Heeft u zelf nog ideeën of opmerkingen over een mogelijke oorzaak of heeft u een relatie kunnen ontdekken met bepaalde omstandigheden of een bepaalde omgeving ? Ja  / Nee

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

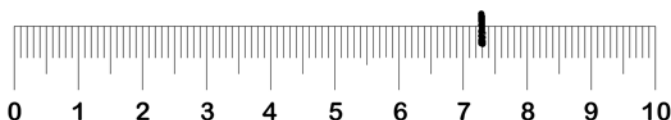
47. Geef door middel van een streepje op een schaal van 1-10 aan hoeveel hinder u in het dagelijks leven ondervindt van de urticaria - aanvallen.



Weinig last  
Slechts af en toe galbulten

Heel veel last  
Dagelijks galbulten

Voorbeeld van het plaatsen van een streepje op de schaal van 1-10:



Vragenlijst over uw algemene gezondheid. Heeft u in de periode 8 weken voorafgaande aan het ontstaan van de galbulten en/of angio-oedeem tot op heden één van de onderstaande klachten gehad ?

- |  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| a. Voelt u zich moe of slap ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| b. Hebt u nu koorts of hebt u dit onlangs gehad ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | Zoja, hoeveel: ..... °C |
| c. Bent u de laatste tijd afgevallen ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | Zoja, hoeveel: ..... kg |
| d. Heeft u last van veel hoesten   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| veel slijm of bloed opgeven  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| kortademig bij inspanning  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| hartkloppingen   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| regelmatig 's avonds dikke enkels  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| pijn in de hartstreek  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| e. Heeft u last van buikpijn ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| misselijkheid of overgeven   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| vaak diarree of verstopping  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| bloed bij de ontlasting  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| zwarte kleur van de ontlasting   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| hoe vaak heeft u ontlasting ? .....  | x per week   |                         |
| f. Heeft u vaak last van hoofdpijn   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| kiespijn of pijn in de mond  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| keelpijn   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| oorpijn  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| neusverstopping  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| verkoudheid  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| neus-amandelontsteking   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| neusbijholte ontsteking  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| g. Heeft u regelmatig last van spierpijn ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| h. Heeft u regelmatig last van gewrichtspijn ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| i. Heeft u ooit een nierziekte gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| j. Heeft u ooit schildklierziekten gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| k. Heeft u suikerziekte ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| l. Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| m. Heeft u ooit geelzucht gehad ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| n. Heeft u ooit leverziekten gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| o. Heeft u ooit de ziekte van Pfeiffer gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| p. Heeft u ooit reuma, of SLE gehad ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| q. Heeft u ooit geslachtsziekten gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| r. Heeft u ooit kwaadaardige ziekten gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| s. Rookt u ( Zo ja, hoeveel) ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | ..... Per .....         |
| t. Gebruikt u alcohol (Zo ja, hoeveel) ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | ..... Per .....         |
| u. Gebruikt u drugs (Zo ja, welke) ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | .....                   |
| v. Heeft u onlangs een blaasontsteking gehad ?   | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| w. Alleen voor vrouwen: heeft u last van een verhoogde of abnormale vaginale afscheiding ? | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| x. Alleen voor mannen: heeft u last van prostaatklasten ?                                  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> |                         |
| y. Heeft u nog andere ziekten, nog niet genoemd ?  | Ja <input type="checkbox"/> / Nee <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke ?          |

.....

.....

.....

.....

z. Heeft u recent kiespijn / ontstoken kiezen gehad ? Ja  / Nee

Wanneer bent u voor het laatst bij uw tandarts geweest ? .....