

Identificatienummer van de patiënt _____

Initialen van de patiënt _____

OAB-q SF - korte vragenlijst over de ernst van blaasklachten.

In deze vragenlijst kunt u aangeven hoeveel last u de afgelopen 4 weken heeft gehad van specifieke blaasklachten. Kruis het hokje aan dat het beste beschrijft in hoeverre u de afgelopen 4 weken last heeft gehad van elke klacht. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Let erop dat u alle vragen beantwoordt.

Hoeveel last had u gedurende de afgelopen 4 weken van	Helemaal niet	Een klein beetje	Enigszins	Nogal	Veel	Heel veel
1. Een hinderlijke aandrang om te plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Een plotselinge aandrang om te plassen met weinig of geen waarschuwing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ongewild verlies van kleine hoeveelheden urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 's Nachts plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 's Nachts wakker worden omdat u moest plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Urineverlies dat samengaat met een sterke behoefte om te plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zie pagina 2.

Identificatienummer van de patiënt _____

Initialen van de patiënt _____

Denk bij de volgende vragen aan uw algemene blaasklachten in de afgelopen 4 weken en hoe deze klachten uw leven hebben beïnvloed. Beantwoord elke vraag zo goed mogelijk over hoe vaak u zich zo voelde. Kruis het hokje aan dat de vraag het beste beantwoordt.

Hoe vaak hebben uw blaasklachten er in de afgelopen 4 weken toe geleid....	Nooit	Heel soms	Soms	Vrij vaak	Meestal	Altijd
1. Dat u "vluchtroutes" heeft gepland naar toiletten in openbare ruimtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dat u het gevoel had dat er iets mis was met u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dat u geen goede nachtrust kreeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dat u gefrustreerd of geïrriteerd raakte over hoeveel tijd u op het toilet doorbrengt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dat u activiteiten heeft vermeden omdat ze ver van een toilet af waren? (bijv. wandelen of hardlopen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dat u 's nachts wakker werd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dat u minder lichamelijke activiteiten heeft ondernomen? (beweging, sporten, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dat u problemen kreeg met uw partner of echtgenoot/echtgenote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dat u zich tijdens het reizen met anderen ongemakkelijk voelde omdat u onderweg naar het toilet moest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dat het invloed had op uw relatie met familie en vrienden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dat u minder slaap kreeg dan u nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dat u in verlegenheid werd gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dat u bij aankomst op een onbekende plek meteen zocht naar het dichtstbijzijnde toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>