

Datum: .....

## 1. Patiëntengegevens

Familienaam: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: .....

GSM nummer: .....

E-mail: .....

Huisarts: .....

Doorverwezen door: .....

## 2. Gegevens aangezichtspijn

-Heb je meer dan 1 soort aangezichtspijn?

☐ Nee

☐ Ja: Beschrijf zeer kort de verschillende soorten hieronder.

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

*Ga nu verder met de beschrijving van de belangrijkste aangezichtspijn.*

**a) Ben je ooit vrij van aangezichtspijn?**

☐ Nee

☐ Ja. Wanneer, in welke periode?

☐ Vakantie

☐ In het weekend

☐ Willekeurig

☐ Andere: .....

**b) Eerste aangezichtspijn:**

Begon.....geleden. Ik was.....jaar oud.

**c) Wat lokte je eerste aangezichtspijn uit?:**

☐ Weet ik niet.

☐ Tandheelkundige behandeling

☐ Ongeval: .....

☐ Infectie met koorts

☐ Andere: .....

**d) Huidig patroon (hoe snel):**

☐ Plots

☐ Snel

☐ Geleidelijk

☐ Varieert

*Moment van de dag:*

☐

☐

☐

☐

☐

☐

's morgens

's middags

's avonds

's nachts

bij het ontwaken

varieert

Wanneer treedt de aangezichtspijn frequenter op?

☐ in het weekend

☐ op werkdagen

☐ op vrije dagen

☐ in de vakantie

☐ in de lente

☐ in de zomer

☐ in de herfst

☐ in de winter

### e) Type pijn

| Vroeger                  | Nu                       |                                        |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Onaangenaam gevoel, overgevoelige zone |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doffe pijn                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Branderig gevoel                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schietende pijn                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Elektrische schokken                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Borende pijn                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kloppende pijn                         |

### f) Intensiteit (omcirkel)

Met intensiteit bedoelen we de graad van de ernst van de pijn. Hoe ernstig/pijnlijk zou je de pijn scoren op een schaal van 0 tot 10?

Continue pijn 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Pijn opstoten 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

- Zijn er schommelingen in intensiteit opgetreden?

☐ Nee

☐ Ja, wanneer?

☐ Bij het begin van de klachten

☐ Toen de pijn het hevigst was

☐ Nu

### g) Frequentie (aantal aanvallen):

.....  
Per dag Per week Per maand Per jaar # in leven continu

### h) Tijdsaspecten

- Beschrijf kort de evolutie (vanaf begin van de klachten) van de pijn in de tijd:

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

- Duur van de continue pijn:

.... Dagen

.... Uren

- Duur van de korte pijnopstoten:

.... Uren

.... Minuten

.... Seconden

**i) Lokalisatie (duid aan op de tekening waar de pijn optreedt)**

Indien de pijn optreedt in een specifiek zenuwgebied, duid aan op figuur 1 of volgens een onderverdeling van de trigeminus zenuw, duid aan op figuur 2. Indien dit niet het geval is, kan u op pagina 7 de lokalisatie aanduiden op figuur 3 indien het vermoedelijk een spierpijn betreft, op figuur 4 indien de pijn uitgaat van een specifieke tand, of indien dit alles niet het geval is op figuur 5.

Fig. 1a

LINKS:

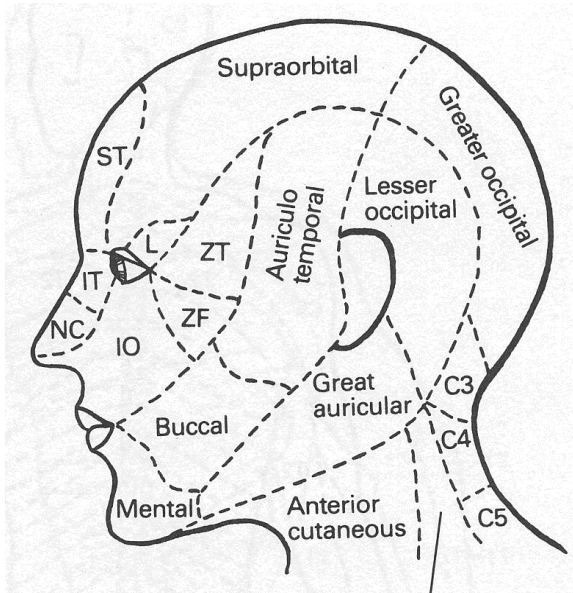


Fig. 2a

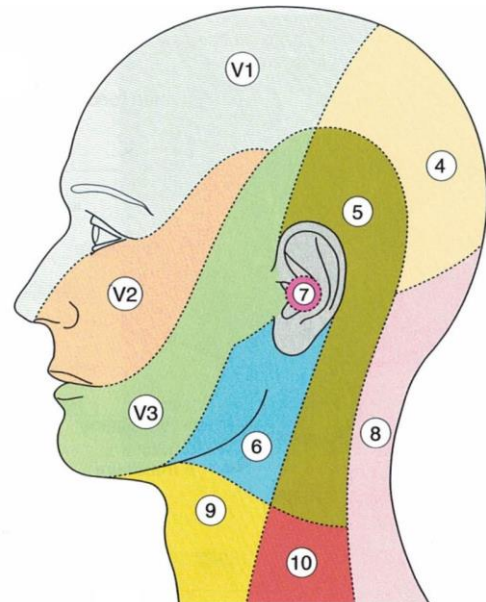


Fig. 1b

RECHTS:

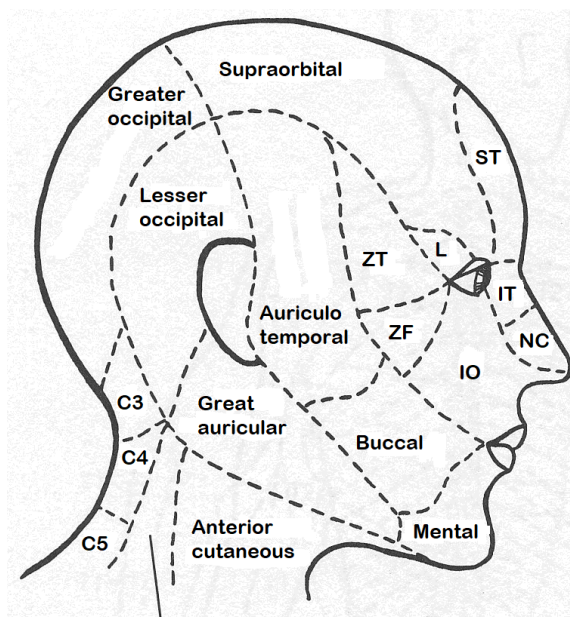
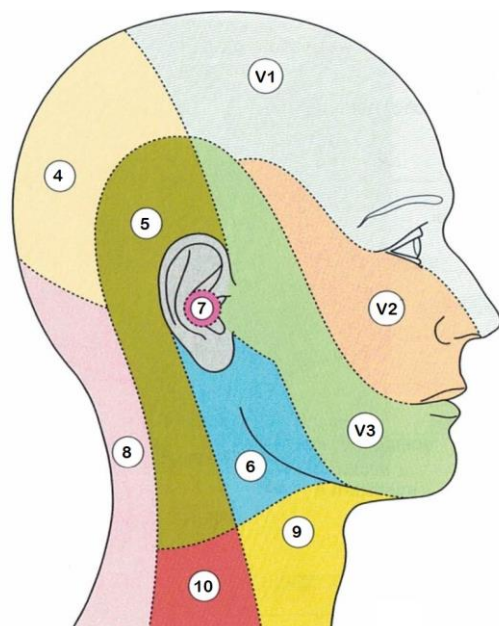


Fig. 2b



**j) Karakter van de continue pijn:**

- |                                              |                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kloppend, pulserend | <input type="checkbox"/> Drukkend |
| <input type="checkbox"/> Zeurend             | <input type="checkbox"/> Brandend |
| <input type="checkbox"/> Dof                 | <input type="checkbox"/> Stekend  |
| <input type="checkbox"/> Andere: .....       |                                   |

**k) Karakter van de korte pijnopstoten:**

- |                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kloppend, pulserend | <input type="checkbox"/> Schietend     |
| <input type="checkbox"/> Brandend            | <input type="checkbox"/> Stekend       |
| <input type="checkbox"/> Borend              | <input type="checkbox"/> Andere: ..... |

**l) Geassocieerde symptomen**

- ☐ Verminderd zicht
- ☐ Dubbelzicht
- ☐ Tranend oog
- ☐ Ptose, afzakken van het ooglid
- ☐ Lopende neus
- ☐ Verstopte neus

**m) Beïnvloedende factoren**

Welke van onderstaande factoren kunnen de pijn verergeren of uitlokken?

- ☐ Beweging of aanraking thv het aangezicht
- ☐ Kaakbewegingen
- ☐ Tongbewegingen
- ☐ Slikken
- ☐ Praten
- ☐ Bepaalde positie van het hoofd
- ☐ Bepaalde positie van het lichaam
- ☐ Fysische activiteiten/ inspanningen
- ☐ Stress, spanningen
- ☐ Vermoeidheid

**3. Levenskwaliteit**

Mijn eetlust is: ☐ toegenomen ☐ verminderd ☐ niet veranderd  
 Mijn stemming is: ☐ beter ☐ slechter ☐ geen veranderingen

Mijn psychische toestand kan omschreven worden als:

- |                                      |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> angstig     | <input type="checkbox"/> rustig     | <input type="checkbox"/> euforisch |
| <input type="checkbox"/> prikkelbaar | <input type="checkbox"/> depressief |                                    |

Ik slaap ..... uren per nacht

Inslaapmoeilijkheden: ☐ Ja ☐ Nee

Mijn aangezichtspijn maakt mij 's nachts wakker: ☐ Ja ☐ Nee

Ik sta 's morgens op met aangezichtspijn: ☐ Ja ☐ Nee

Er zijn seksuele moeilijkheden: ☐ Ja ☐ Nee

Effect van aangezichtspijn op dagelijks functioneren:

☐ Werkactiviteit ..... aantal dagen per maand gemist.

☐ Schoolaanwezigheid ..... aantal dagen per maand gemist.

☐ Sociale, familiale activiteiten ..... aantal dagen per maand gemist.

#### 4. Huidige behandeling

- Voor aangezichtspijn (inclusief **pijnstillers** + aantal per dag of per week):

.....

.....

.....

.....

.....

- Algemeen (niet voor de aangezichtspijn):

.....

.....

.....

.....

#### 5. Vorige behandelingen en testen.

a) Vorige behandelingen door:

☐ Huisarts: .....

☐ Neuroloog: *Medicatie of infiltraties. Bij infiltratie duid aan waar op pagina 3.* .....

☐ Neus-keel-oren: *Sinus behandeld frontaal, sphenoidaal, ethmoidaal, maxillair, links of rechts.* .....

☐ Oogarts: .....

☐ Tandarts: *Duid aan welke tand behandeld werd op figuur 4 op pagina 7.* .....

☐ Chiropractor: .....

☐ Fysio-kine: .....

☐ Mond-kaak-aangezichtsspecialist: *Vermeld welke ingreep, eenzijdig links of rechts of ter hoogte van beide kaakgewrichten en duid zone van pijn aan op figuur 3 op pagina 7.* .....

☐ Pijnspecialist: *Bij infiltratie duid aan waar op pagina 3.* .....

b) Vorige onderzoeken:

☐ CT kaakgewrichten .....

☐ CT sinussen .....

☐ MRI hersenen .....

☐ Orthopantogram .....

☐ MRI kaakgewrichten .....

☐ MRI cervicale wervelzuil .....

☐ CT hersenen .....

**c) Reeds genomen medicaties (+ eventuele bijwerkingen):**

- Voor de aangezichtspijn (inclusief **pijnstillers** + aantal per dag of per week):

.....

.....

.....

.....

- Algemeen (medicaties niet voor aangezichtspijn):

.....

.....

.....

**6. Antecedenten****a) Persoonlijke voorgeschiedenis (buiten aangezichtspijn):**

.....

.....

.....

.....

.....

**b) Familiale voorgeschiedenis:**

- Aangezichtspijn bij familieleden: .....

.....

.....

.....

- Belangrijke medische voorgeschiedenis bij familieleden: .....

.....

.....

.....

.....

**7. Sociale en levensstijlelementen**

Ik woon in gezin van ..... personen en heb ..... kinderen.

Opleiding: .....

Type werk: .....

Ik drink..... aantal koppen koffie per dag.

Ik drink..... aantal alcoholische dranken

☐ per dag

☐ per week

☐ per maand

Ik rook..... aantal sigaretten per dag.

Ik doe aan lichaams oefeningen of sport: ☐ Nee ☐ Ja, ..... maal per week.

Ik weeg ..... kg voor .....cm.

Bloeddruk: ..... mmHg.

Fig. 3

RECHTS:

LINKS:

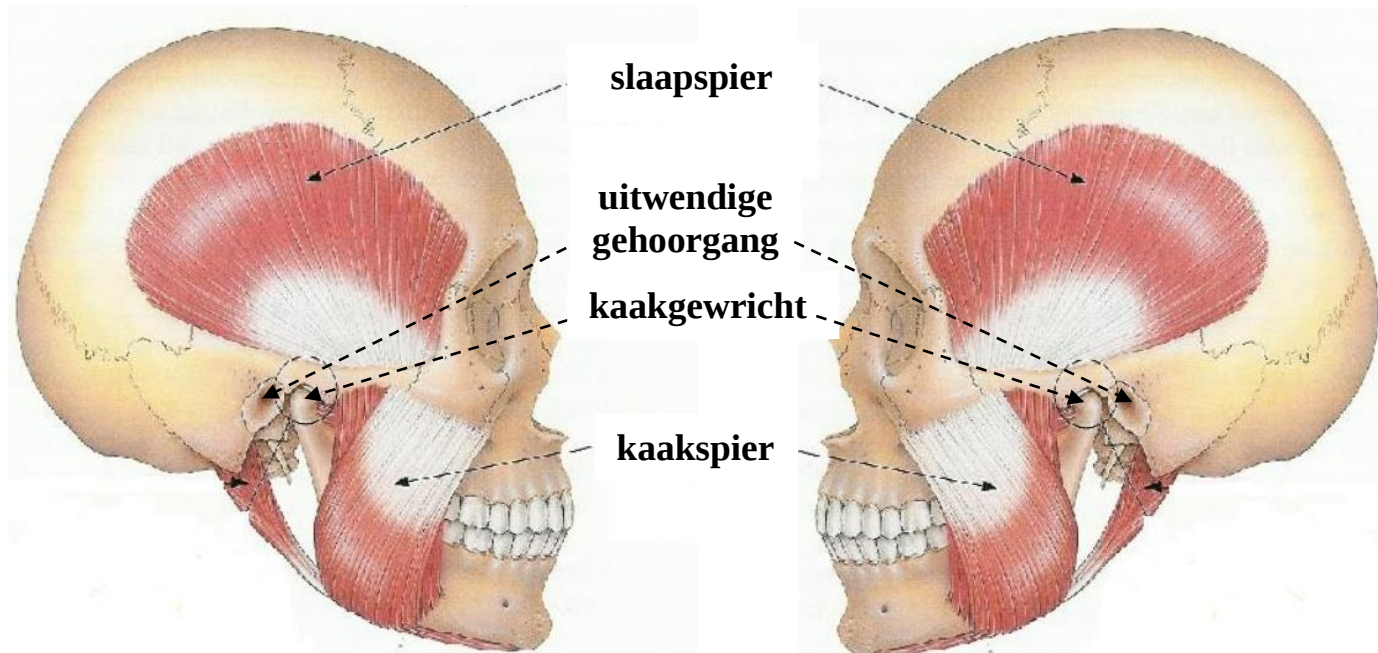


Fig. 4

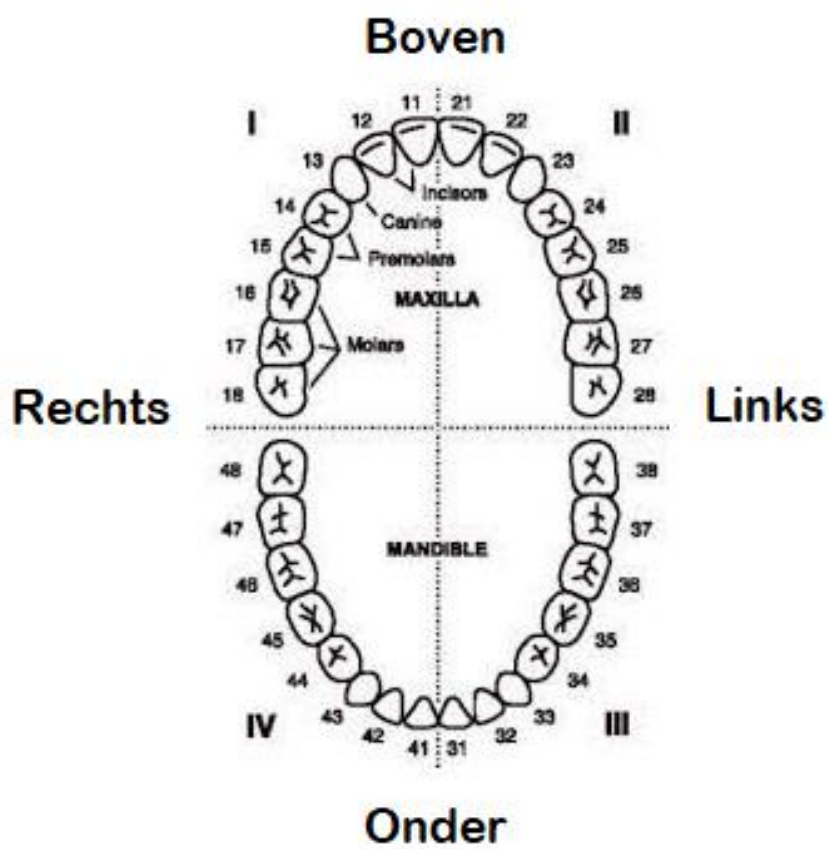


Fig. 5

RECHTS:

LINKS:

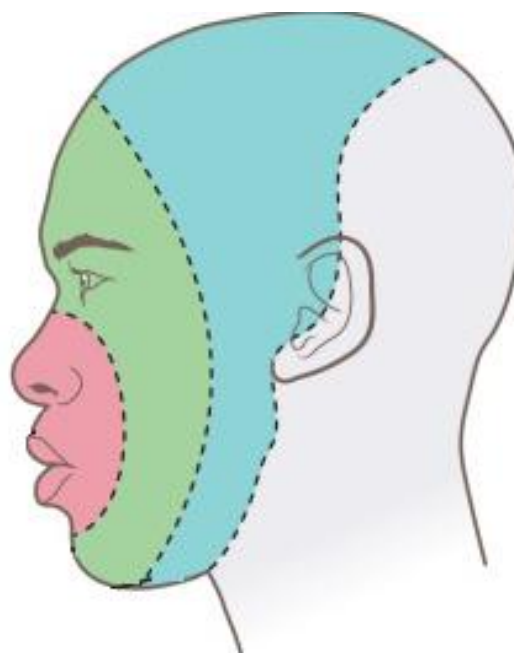
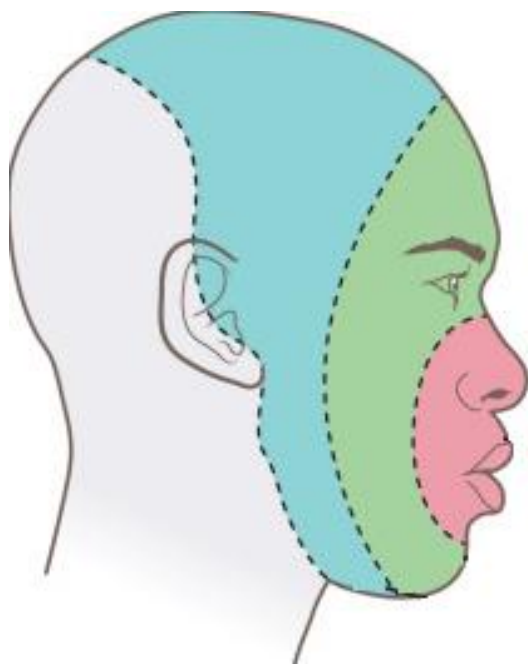


Fig. 6

RECHTS:

LINKS:

