

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?

☐ Zwangerschap

☐ 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	
☐	☐	Onaangenaam gevoel, overgevoelige zone
☐	☐	Doffe pijn
☐	☐	Branderig gevoel
☐	☐	Schietende pijn
☐	☐	Elektrische schokken
☐	☐	Borende pijn
☐	☐	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 en 6.

Fig. 1a

LINKS:

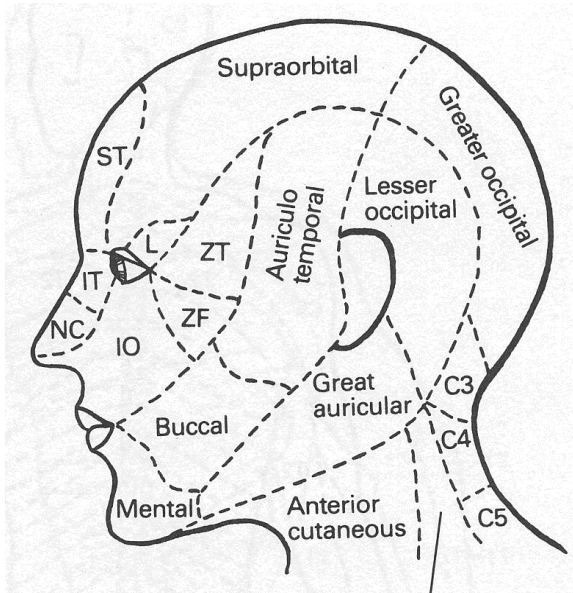


Fig. 2a

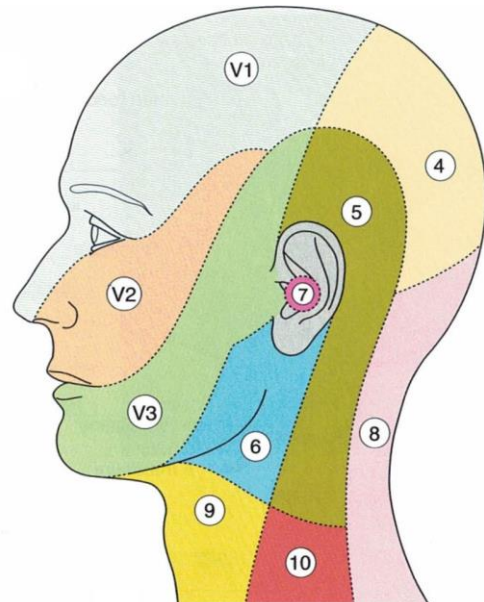


Fig. 1b

RECHTS:

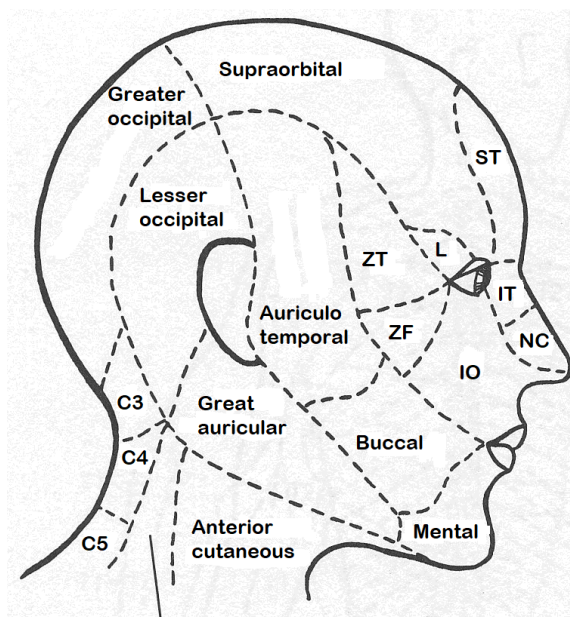
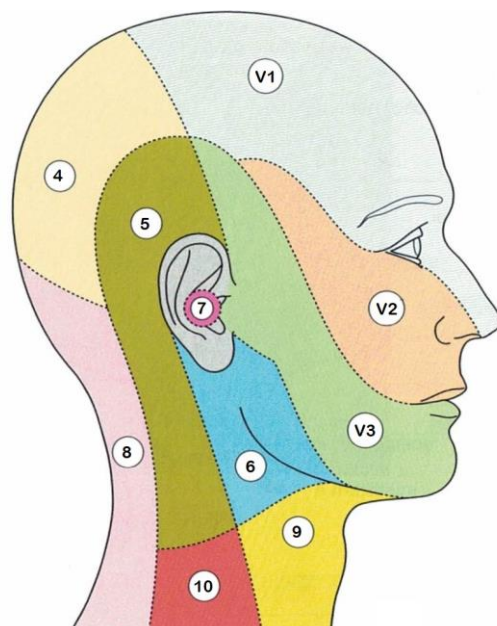


Fig. 2b



j) Karakter van de continue pijn:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ Kloppend, pulserend | ☐ Drukkend |
| ☐ Zeurend | ☐ Brandend |
| ☐ Dof | ☐ Stekend |
| ☐ Andere: | |

k) Karakter van de korte pijnopstoten:

- | | |
|--|--|
| ☐ Kloppend, pulserend | ☐ Schietend |
| ☐ Brandend | ☐ Stekend |
| ☐ Borend | ☐ 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
- ☐ Maandstonen
- ☐ Vermoeidheid

3. Levenskwaliteit

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

Mijn psychische toestand kan omschreven worden als:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ angstig | ☐ rustig | ☐ euforisch |
| ☐ prikkelbaar | ☐ 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):

.....

.....

.....

.....

- Huidige anticonceptie:

.....

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):

.....

.....

.....

- Vorige anticonceptie:

.....

.....

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 voorcm

Bloeddruk: mmHg.

Fig. 3

RECHTS:

LINKS:

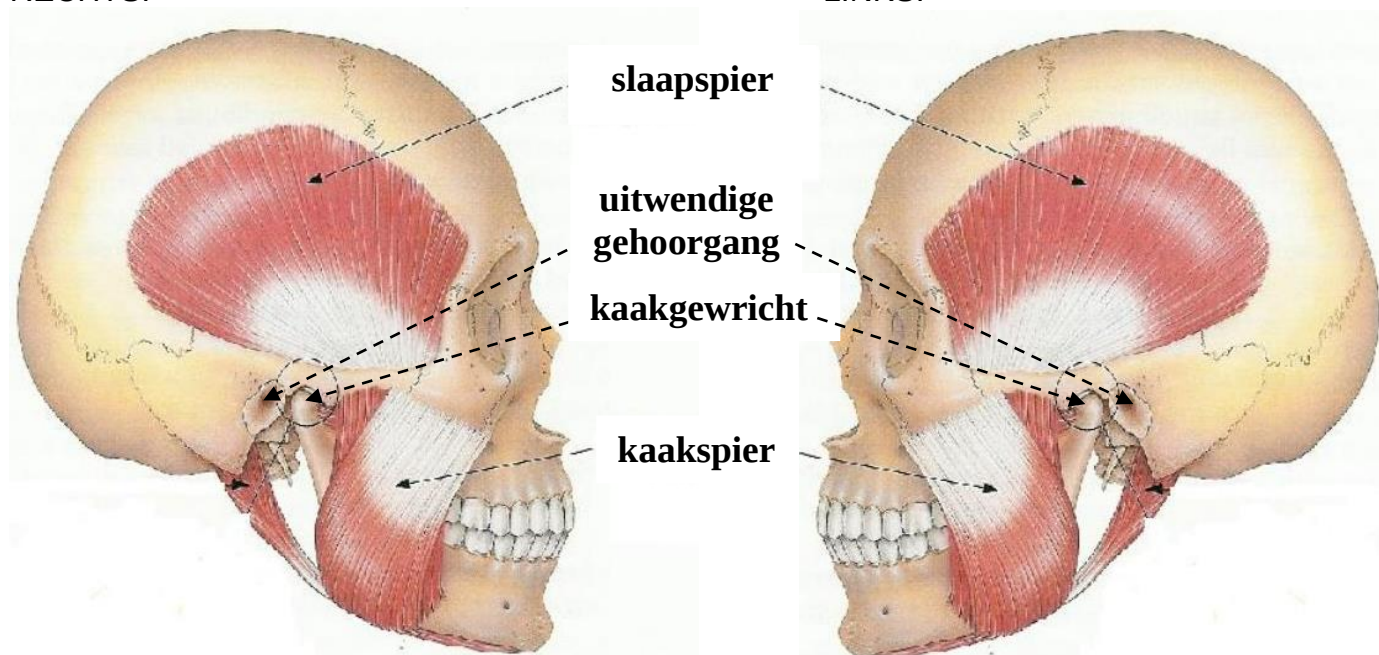


Fig. 4

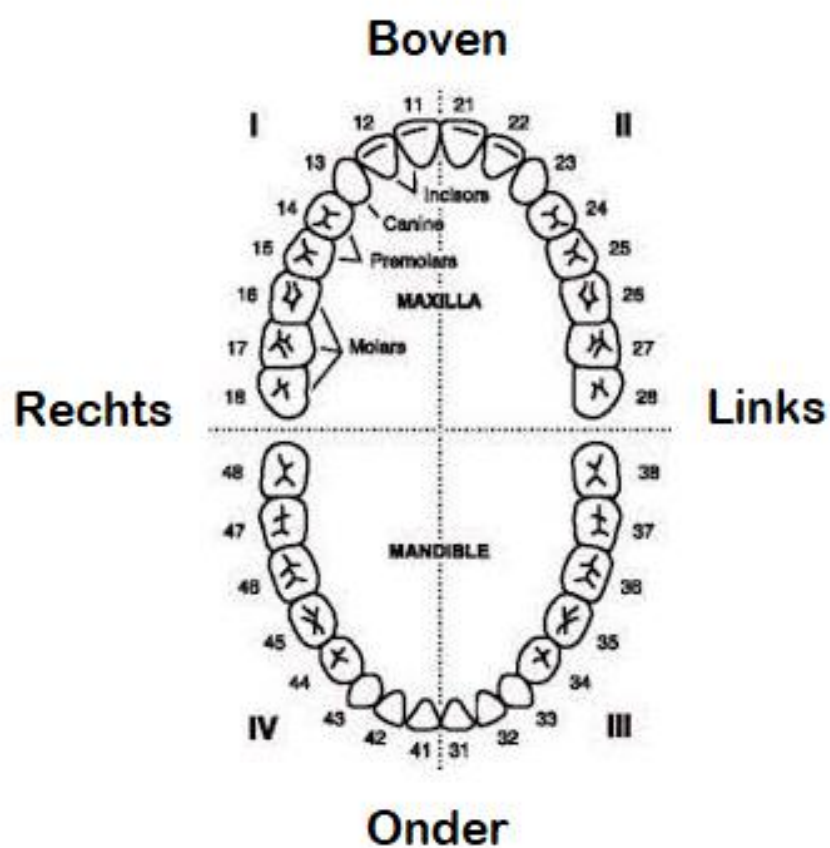


Fig. 5

RECHTS:

LINKS:

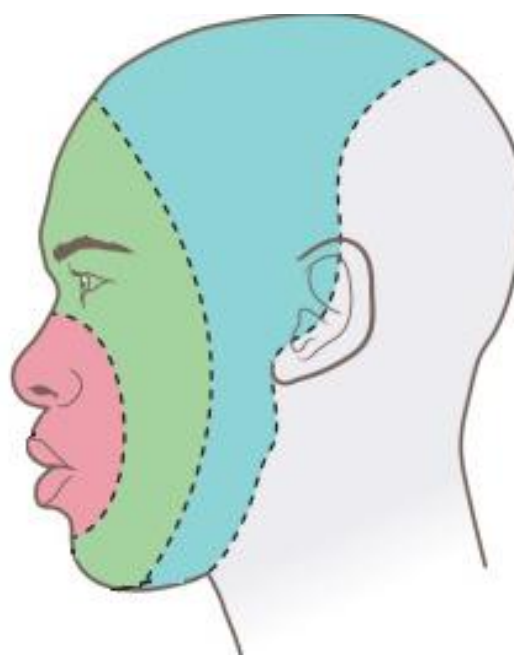
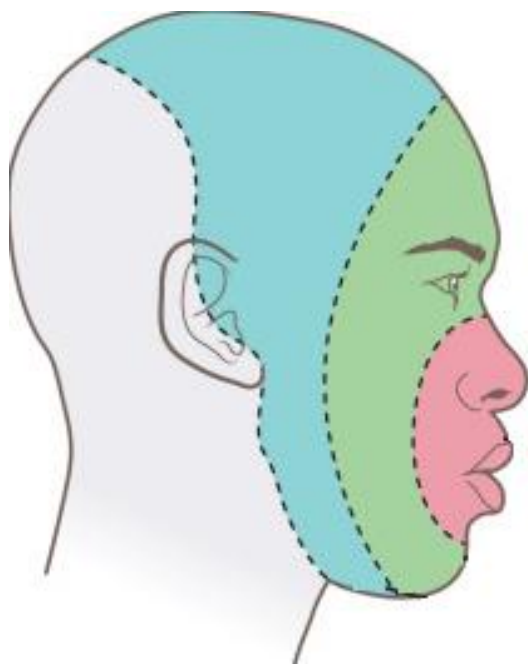


Fig. 6

RECHTS:

LINKS:

