

1 maand 6 maanden 12 maanden 24 maanden

Vragenlijst perifeer arterieel vaatlijden

De volgende vragen hebben betrekking op verstoppingen in de bloedvaten van uw lichaam, in het bijzonder de benen, en hoe dat uw leven zou kunnen beïnvloeden. Wilt u a.u.b de volgende vragen lezen en beantwoorden. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Duidt u a.u.b aan het antwoord aan wat het beste op u van toepassing is.

1. Verstoppingen in de bloedvaten, vaak **perifeer vaatlijden** genoemd, treft verschillende mensen op verschillende manieren. Sommigen voelen krampen of pijn terwijl anderen vermoeidheid voelen. Welk been (of bil) veroorzaakt voor u het meest ernstige ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn of krampen?

Het **rechter**been
(of bil)

Het **linker**been
(of bil)

Beide zijn gelijk

Geen van beide

2. Bekijkt u a.u.b onderstaande lijst en geef aan in welke mate u beperkt was door uw **perifeer vaatlijden** (ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn in uw kuit(en) in de afgelopen 4 weken).

Plaatst u a.u.b. een X in één hokje op elke lijn.

Activiteit	Ernstig beperkt	Nogal beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Helemaal niet beperkt	Beperkt door andere redenen of heb de activiteit niet uitgevoerd
a. Rondlopen in huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 100 à 200 meter lopen op een vlakke ondergrond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 100 à 200 meter bergop lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 300 à 400 meter lopen op een vlakke ondergrond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Haasten of joggen (Als u de bus moet halen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Zwaar werk of lichamelijke inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Vergeleken met 4 weken geleden, zijn uw klachten die te maken hebben met uw **perifeer vaatlijden** (ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn of krampen in uw kuiten (of billen) veranderd?

Mijn klachten zijn...

Veel verergerd	Een beetje verergerd	Onveranderd gebleven	Een beetje verbeterd	Veel verbeterd	Ik heb geen klachten gehad in de afgelopen 4 weken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. In de afgelopen 4 weken, hoeveel keer had u **ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn of krampen in uw kuiten (of billen)**?

Altijd	Meerdere keren per dag	Minimaal 1 keer per dag	3 of meer keer per week, maar niet elke dag	1 à 2 keer per week	Minder dan 1 keer per week	Geen enkele keer in de afgelopen 4 weken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. In de afgelopen 4 weken, hoeveel hinder heeft uw **ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn of krampen in uw kuiten (of billen)** u bezorgd?

Het bezorgde me...

Ernstige hinder	Matige hinder	Enigzins hinder	Lichte hinder	Helemaal geen hinder	Ik heb geen ongemak in mijn benen gehad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. In de afgelopen 4 weken, hoe vaak bent u wakker geworden met **pijn, zeurende pijn of krampen in uw benen of voeten**?

Elke nacht	3 of meer keer per week, maar niet elke nacht	1 à 2 keer per week	Minder dan 1 keer per week	Nooit in de afgelopen 4 weken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hoe tevreden bent u dat al het mogelijke voor u wordt gedaan om uw **perifeer vaatlijden** te behandelen?

Helemaal niet tevreden	Grotendeels ontevreden	Een beetje tevreden	Grotendeels tevreden	Helemaal tevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hoe tevreden bent u met de uitleg die uw dokter u heeft gegeven over uw **perifeer vaatlijden**?

Helemaal niet tevreden	Grotendeels ontevreden	Een beetje tevreden	Grotendeels tevreden	Helemaal tevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Over het algemeen, hoe tevreden bent u over de huidige behandeling van uw **perifeer vaatlijden**?

Helemaal niet tevreden	Grotendeels ontevreden	Een beetje tevreden	Grotendeels tevreden	Helemaal tevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. In de afgelopen 4 weken, hoeveel heeft uw **perifeer vaatlijden** u beperkt in uw levensvreugde?

Het heeft mijn levensvreugde heel veel beperkt	Het heeft mijn levensvreugde veel beperkt	Het heeft mijn levensvreugde matig beperkt	Het heeft mijn levensvreugde een beetje beperkt	Het heeft mijn levensvreugde niet beperkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Als u de rest van uw leven verder moest leven met uw **perifeer vaatlijden** zoals het op **dit ogenblik is**, hoe zou u zich hierover voelen?

Helemaal niet tevreden	Grotendeels ontevreden	Een beetje tevreden	Grotendeels tevreden	Helemaal tevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. In de afgelopen 4 weken, hoe vaak hebt u zich ontmoedigd gevoeld of in de put gezeten vanwege uw **perifeer vaatlijden**?

Ik voelde me zo heel de tijd	Ik voelde me zo meestal	Ik voelde me soms zo	Ik voelde me zelden zo	Ik voelde me nooit zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. In hoeverre beïnvloedt uw **perifeer vaatlijden** uw levensstijl? Geef aan hoe uw **ongemak, vermoeidheid, pijn, zeurende pijn of krampen in de kuiten (of billen)** u van deelname aan de volgende activiteiten hebben beperkt in de afgelopen 4 weken.

Plaats a.u.b een X in één hokje op elke lijn.

Activiteit	Ernstig beperkt	Nogal beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Helemaal niet beperkt	Niet van toepassing of nam niet deel door andere redenen
a. Hobby's, ontspannende activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Familie of vrienden gaan bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Werken of huishoudelijke taken verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>