

QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE VOTRE VISITE ?

VOUS N' ALLEZ PAS BIEN

- Cochez les troubles dont vous souffrez.
- En cas de plusieurs troubles cochez-les tous.

VOTRE ENFANT NE VA PAS BIEN.

- Cochez les troubles dont l'enfant souffre (enfants 0 - 4 dans la rubrique "nourissons et très jeunes enfants")

VOUS-RETOURNEZ POUR LES MÊMES TROUBLES QUI ONT DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉS

- Comment vont les troubles ?
- (a) Ont disparu
 - (b) Se sont bien atténués
 - (c) Sont restés les mêmes
 - (d) Se sont aggravés
 - (e) Ont changé - Cochez les nouveaux troubles dans la rubrique correspondante !

VOUS N'AVEZ PAS DE TROUBLE MAIS VOUS DÉSIREZ

Contraception

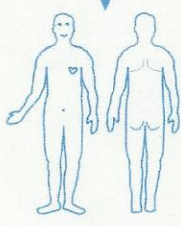
- Vous désirez:
- (f) Pilule contraceptive
 - (g) Stérilet
 - (h) Pilule du lendemain

Médicaments

- (i) Le renouvellement de vos médicaments

Contrôle ou examen

- (j) Je veux savoir si je suis enceinte
- (k) Examen gynécologique
- (l) Examen de prostate
- (m) Une analyse de sang en raison d'une précédente thrombose
- (n) Une prise de tension

	A	B	C	D		
TROUBLES DU SOMMEIL	1 <input type="checkbox"/> Difficultés à m'endormir 2	<input type="checkbox"/> Je me réveille pendant la nuit sans pouvoir me rendormir	<input type="checkbox"/> Beaucoup besoin de sommeil pendant la journée		1 2	
FIÈVRE La fièvre?	3 <input type="radio"/> survient par crises 4 <input type="radio"/> reste stationnaire toute la journée	<input type="radio"/> ne survient que la nuit <input type="radio"/> est accompagnée de frissons	La température maximum constatée est de? ... °C	<input type="radio"/> Température n' a pas été mesurée	3 4	
FATIGUE	5 <input type="checkbox"/> Fatigue dès le réveil	<input type="checkbox"/> Fatigue après un petit effort	<input type="checkbox"/> Fatigue quelques heures après le réveil		5	
TÊTE	6 <input type="checkbox"/> Douleur dans la face	<input type="checkbox"/> Vertige en tournant la tête	<input type="checkbox"/> Vertige par crises	<input type="checkbox"/> Vertige continue	6	
Mal de tête	7 <input type="checkbox"/> Mal de tête d'un côté	<input type="checkbox"/> Mal de tête et douleurs du cou	<input type="checkbox"/> Mal de tête au-dessus des yeux	<input type="checkbox"/> Mal de tête et nausées	7	
problèmes psychiques	8 <input type="checkbox"/> Nervosité 9 <input type="checkbox"/> Découragement	<input type="checkbox"/> Pertes de mémoire <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Être perturbé <input type="checkbox"/> Troubles de la parole		8 9	
YEUX	10 <input type="checkbox"/> Ne voit plus bien à distance 11 <input type="checkbox"/> Ne peut plus bien lire 12 <input type="checkbox"/> Mouches volantes	<input type="checkbox"/> Voit des étincelles <input type="checkbox"/> Voit double <input type="checkbox"/> Vue trouble	<input type="checkbox"/> Yeux qui piquent <input type="checkbox"/> Yeux exagérément larmoyants <input type="checkbox"/> Corps étranger dans l'oeil		10 11 12	
NEZ	13 <input type="checkbox"/> Douleur dans le nez 14 <input type="checkbox"/> Nez bouché	<input type="checkbox"/> Eternuements fréquents <input type="checkbox"/> Saignements de nez fréquents	<input type="checkbox"/> Odorat diminué		13 14	
OREILLES	15 <input type="checkbox"/> Mal aux oreilles 16 <input type="checkbox"/> Démangeaisons dans l'oreille	<input type="checkbox"/> Difficultés à entendre <input type="checkbox"/> Écoulement de l'oreille	<input type="checkbox"/> Entend bourdonnement ou sifflement <input type="checkbox"/> Corps étranger dans l'oreille		15 16	
BOUCHE & GORGE	17 <input type="checkbox"/> Petites ulcérations ou aphtes 18 <input type="checkbox"/> Langue enflée 19 <input type="checkbox"/> Langue douloureuse	<input type="checkbox"/> Bouche sèche <input type="checkbox"/> Douleur dentaire <input type="checkbox"/> Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Difficultés de déglutition <input type="checkbox"/> A avalé un petit os ou une arête <input type="checkbox"/> Extinction de voix	<input type="checkbox"/> Enrouement <input type="checkbox"/> Expectoration de sang sans tousser <input type="checkbox"/> Expectoration de glaires sans tousser	17 18 19	
TOUX	20 <input type="checkbox"/> Toux par irritation de gorge 21 <input type="checkbox"/> Toux sèche de la poitrine	Toux avec expectoration de : <input type="radio"/> Sang	<input type="radio"/> Glaire claire <input type="radio"/> Glaire jaun/vert	<input type="radio"/> Glaires de couleur rouge foncé <input type="radio"/> Crachats visqueux	20 21	
COEUR & RESPIRATION	22 <input type="checkbox"/> Palpitations 23 <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier 24 <input type="checkbox"/> Parfois un battement du coeur manqué	<input type="checkbox"/> Gêné dans la respiration par sensation d'oppression <input type="checkbox"/> Respiration douloureuse	<input type="checkbox"/> Crises de suffocation		22 23 24	
DOULEUR A' LA POITRINE, AU VENTRE AU DOS OU A' LA NUQUE	25 Quelle est l'intensité de la douleur ? 26 <input type="radio"/> Très forte 27 <input type="radio"/> Modérée 28 <input type="radio"/> Légère Indiquez l'endroit. ▶	25 Comment a commencé la douleur ? 26 <input type="radio"/> Brusquement 27 <input type="radio"/> S'est aggravée progressivement 28 <input type="radio"/> S'est aggravée rapidement	25 La douleur est-elle la même en permanence? 26 <input type="radio"/> Oui 27 <input type="radio"/> Non, parfois plus, parfois moins aiguë 28 <input type="radio"/> Non, aussi périodique sans douleur 29 <input type="radio"/> Non, la douleur est 'baladeuse'		25 26 27 28 29	
PEAU - ANOMALIE INVISIBLE	30 <input type="checkbox"/> Douleur 31 <input type="checkbox"/> Démangeaisons 32 <input type="checkbox"/> Transpiration excessive Indiquez l'endroit. ▶	<input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Picotements <input type="checkbox"/> Chute des cheveux	<input type="checkbox"/> Nodule sous la peau		30 31 32	
PEAU - ANOMALIE VISIBLE	33 Combien de temps avez-vous cette anomalie? 34 ... jours 35 ... années 36 <input type="radio"/> Depuis la naissance Indiquez l'endroit. ▶	33 Cochez la mention utile: 34 <input type="radio"/> Cela démange parfois 35 <input type="radio"/> Cela s'est développé 36 <input type="radio"/> Cela saigne parfois	<input type="radio"/> C'est douloureux		33 34 35 36	
BRAS ET JAMBES	37 <input type="checkbox"/> Douleur 38 <input type="checkbox"/> Articulation bloquée 39 <input type="checkbox"/> Les muscles se sont affaiblis Indiquez l'endroit. ▶	<input type="checkbox"/> La douleur survient après avoir marché un peu, disparaît après un bref repos <input type="checkbox"/> Raideur des muscles après le lever	<input type="checkbox"/> Raideur des muscles pendant toute la journée <input type="checkbox"/> Difficulté à faire des mouvements		<input type="checkbox"/> Diminution de la commande des mouvements (bras ou jambe ne fait pas ce que vous voulez) <input type="checkbox"/> Tremblements involontaire	37 38 39
DIGESTION	40 <input type="checkbox"/> Nausées 41 <input type="checkbox"/> Douleur en avalant 42 <input type="checkbox"/> Impossibilité d'avalier 43 <input type="checkbox"/> Hoquets très fréquents	<input type="checkbox"/> Soif excessive <input type="checkbox"/> Pas d'appétit <input type="checkbox"/> Sensation de gonflement <input type="checkbox"/> Renvois fréquents	<input type="checkbox"/> Ballonnements excessifs <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac Vomissements de : <input type="radio"/> Salive		<input type="radio"/> Restes de nourriture <input type="radio"/> De sang <input type="radio"/> De bile	40 41 42 43
SELLES	44 <input type="checkbox"/> Douleurs pour en allant à la selle 45 <input type="checkbox"/> Hémorroïdes 46 <input type="checkbox"/> Démangeaisons autour de l'anus 47 <input type="checkbox"/> Incontinence fécale	Pas de selles depuis : ... jours <input type="checkbox"/> Les selles sont parfois dures, parfois liquides	<input type="checkbox"/> Diarrhée ou selles anormales telles que : <input type="radio"/> Selles aqueuses <input type="radio"/> Très dures		<input type="radio"/> Avec des vers <input type="radio"/> Avec du sang <input type="radio"/> Goudronneuses	44 45 46 47
ORGANES GÉNITAUX FEMINIENS	48 <input type="checkbox"/> Démangeaisons internes 49 <input type="checkbox"/> Démangeaisons externes	<input type="checkbox"/> Pertes excessives <input type="checkbox"/> Pertes contenant du sang	<input type="checkbox"/> Pertes nauséabondes <input type="checkbox"/> Douleur au cours des rapports sexuels	<input type="checkbox"/> Pertes de sang pendant ou après les rapports sexuels	48 49	
SEINS	50 <input type="checkbox"/> Enflés/très douloureux	<input type="checkbox"/> Grosseur dans un sein	<input type="checkbox"/> Changement d'un sein ou mamelon		50	
MENSTRUATION	51 Absence de règles depuis : ... jours	<input type="checkbox"/> Règles très douloureuses <input type="checkbox"/> Pertes de sang abondantes	<input type="checkbox"/> La durée du cycle a changé	<input type="checkbox"/> Perte de sang entre les règles	51 52	
GROSSESSE	53 Je suis enceinte et je : 54 <input type="radio"/> veux savoir si tout va bien	<input type="radio"/> perds du sang <input type="radio"/> perds du poids	<input type="radio"/> ne sens plus bouger l'enfant	<input type="radio"/> sens des contractions	53 54	
EXCRÉTION D' URINE	55 <input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner en petites quantités 56	<input type="checkbox"/> Incapacité d'uriner <input type="checkbox"/> Brûlures quand j'urine	<input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner pendant la nuit <input type="checkbox"/> Incontinence d'urine	<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine <input type="checkbox"/> L'urine est trouble et/ou sent mauvais	55 56	
ORGANES GÉNITAUX MASCULINS	57 <input type="checkbox"/> Démangeaisons du pénis ou autour 58 <input type="checkbox"/> Plaies ou éruptions sur le pénis ou autour	<input type="checkbox"/> Pertes de pénis <input type="checkbox"/> Douleur dans les bourses	<input type="checkbox"/> Grosseur dans les bourses <input type="checkbox"/> Incapable d'avoir une érection		57 58	
NOURISSONS ET TRÈS JEUNES ENFANTS - L' enfant a ? :.....	59 <input type="checkbox"/> De la fièvre 60 <input type="checkbox"/> Il a mal 61 <input type="checkbox"/> Il pleure sans arrêt 62 <input type="checkbox"/> Il est indolent 63 <input type="checkbox"/> Il ne réagit pas à l'entourage 64 <input type="checkbox"/> Il ne veut pas boire 65 <input type="checkbox"/> Il ne veut pas manger	<input type="checkbox"/> Mal aux oreilles <input type="checkbox"/> Il ne peut pas ou a des difficultés à avaler <input type="checkbox"/> Il a avalé quelque chose (dessiner ou montrer un objet identique) <input type="checkbox"/> Il a avalé du poison (montrer l'emballage) <input type="checkbox"/> Mal à la gorge <input type="checkbox"/> Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Il vomit en mangeant <input type="checkbox"/> Il vomit fortement après le repas Il a la diarrhée depuis : ... jours Il n'est pas allé à la selle depuis : ... jours <input type="checkbox"/> Il tousse beaucoup	Troubles respiratoire. : <input type="checkbox"/> surtout la nuit <input type="checkbox"/> par crises <input type="checkbox"/> sans arrêt <input type="checkbox"/> Plaques ou éruptions <input type="checkbox"/> A eu une crise de convulsions	59 60 61 62 63 64 65	

WAT IS DE REDEN VAN UW KOMST?

U MANKEERT IETS:

- Kruis dan aan wat dit is.
- Bij meerdere klachten deze allen aankruisen.

UW KIND MANKEERT IETS:

- Kruis dan aan wat dit is (Voor kinderen van 0-4 in de aparte rubriek).

U KOMT VOOR DEZELFDE KLACHT WAARVOOR U HIER EERDER BENT BEHANDELD:

Hoe is het nu met uw klachten?

- (a) Deze zijn verdwenen
- (b) Deze zijn minder geworden
- (c) Deze zijn hetzelfde gebleven
- (d) Deze zijn erger geworden
- (e) Ik heb nu andere klachten (kruis deze aan in de betreffende rubriek)

Geboortebeperking

U wenst?:

- (f) De pil
- (g) Het spiraalje
- (h) De morning after pil

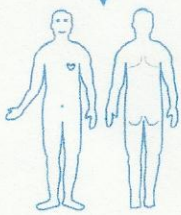
Medicijnen

- (i) Meer van de medicijn die u gebruikt

U HEEFT GEEN KLACHT DOCH U WENST:

Controle of onderzoek

- (j) Ik wil weten of ik zwanger ben
- (k) Inwendige controle (vrouwen)
- (l) Prostaatonderzoek (mannen)
- (m) Controle van bloed (vanwege eerdere trombose)
- (n) Controle bloeddruk

	A	B	C	D		
SLAAPPROBLEMEN	1 <input type="checkbox"/> Problemen met inslapen 2	<input type="checkbox"/> 's Nachts wakker worden en niet meer kunnen slapen	<input type="checkbox"/> Grote behoefte aan slaap overdag		1 2	
KOORTS de koorts?	3 <input type="radio"/> komt met aanvallen 4 <input type="radio"/> is de hele dag onveranderd	<input type="radio"/> treedt alleen 's nachts op <input type="radio"/> gaat samen met rillingen	De hoogst gemeten temperatuur is?... ... °C	<input type="radio"/> Temperatuur is niet gemeten	3 4	
MOEHEID	5 <input type="checkbox"/> Al moe bij het opstaan	<input type="checkbox"/> Moe na een kleine inspanning	<input type="checkbox"/> Na een paar uur op moe		5	
HOOFDHOOFDPJIN	6 <input type="checkbox"/> Pijn in het gezicht 7 <input type="checkbox"/> Hoofdpijn aan één zijde	<input type="checkbox"/> Duizeligheid bij draaien van het hoofd 8 <input type="checkbox"/> Hoofdpijn en nekpijn	<input type="checkbox"/> Duizeligheid in aanvallen 9 <input type="checkbox"/> Hoofdpijn boven de ogen	<input type="checkbox"/> Voortdurende duizeligheid 10 <input type="checkbox"/> Hoofdpijn en misselijkheid	6 7	
geestelijke problemen	8 <input type="checkbox"/> Zenuwachtigheid 9 <input type="checkbox"/> Neerslachtigheid	<input type="checkbox"/> Vergeetachtigheid 10 <input type="checkbox"/> Niet kunnen concentreren	<input type="checkbox"/> Verwardheid 11 <input type="checkbox"/> Problemen met spreken		8 9	
OGEN	10 <input type="checkbox"/> Veraf niet meer goed kunnen zien 11 <input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen lezen 12 <input type="checkbox"/> Zwarte vlekken zien	<input type="checkbox"/> Flitsen zien 12 <input type="checkbox"/> Dubbele beelden zien 13 <input type="checkbox"/> Door een waas zien	<input type="checkbox"/> Brandende ogen 14 <input type="checkbox"/> Overmatig tranen 15 <input type="checkbox"/> Iets in het oog		10 11 12	
NEUS	13 <input type="checkbox"/> Pijn in de neus 14 <input type="checkbox"/> De neus is verstopt	<input type="checkbox"/> Vaak moeten niesen 14 <input type="checkbox"/> Vaak neusbloedingen	<input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen ruiken		13 14	
OREN	15 <input type="checkbox"/> Oorpijn 16 <input type="checkbox"/> Jeuk in het oor	<input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen horen 16 <input type="checkbox"/> Er komt vuil uit het oor	<input type="checkbox"/> Brommen of suizen horen 16 <input type="checkbox"/> Er zit iets in het oor		15 16	
KEEL - MOND	17 <input type="checkbox"/> Zweetjes of blaasjes in de mond 18 <input type="checkbox"/> Opgezwollen tong 19 <input type="checkbox"/> Pijnlijke tong	<input type="checkbox"/> Droge mond 18 <input type="checkbox"/> Kiespijn 19 <input type="checkbox"/> Keelpijn	<input type="checkbox"/> Niet goed kunnen slikken 18 <input type="checkbox"/> Graatje of botje in de keel 19 <input type="checkbox"/> Stern kwijt	<input type="checkbox"/> Heesheid 18 <input type="checkbox"/> Opgeven van bloed zonder hoesten 19 <input type="checkbox"/> Opgeven van slijm zonder hoesten	17 18 19	
HOESTEN	20 <input type="checkbox"/> Kriebelhoest uit de keel 21 <input type="checkbox"/> Droge hoest uit de borst	Hoesten met opgeven van: 20 <input type="radio"/> Bloed	<input type="radio"/> Helder slijm 21 <input type="radio"/> Groenigelijk slijm	<input type="radio"/> Roestkleurig slijm 21 <input type="radio"/> Taaie rochels	20 21	
HART ADEMHALING	22 <input type="checkbox"/> Hartkloppingen 23 <input type="checkbox"/> Onregelmatige hartslag 24 <input type="checkbox"/> Soms overslaan van een hartslag	<input type="checkbox"/> Niet goed kunnen ademen door beklemming op de borst 24 <input type="checkbox"/> Ademhalen is pijnlijk	<input type="checkbox"/> Aanvallen van ademnood		22 23 24	
PIJN IN BORST, BUIK, RUG OF NEK	25 <i>Hoe ernstig is de pijn?</i> 26 27 <input type="radio"/> Heftig 28 <input type="radio"/> Matig 29 <input type="radio"/> Licht	<i>Hoe is de pijn begonnen?</i> 26 27 <input type="radio"/> Plotseling 28 <input type="radio"/> Langzaam erger geworden 29 <input type="radio"/> Snel erger geworden	<i>Is de pijn voortdurend hetzelfde?</i> 26 <input type="radio"/> Ja 27 <input type="radio"/> Nee, soms meer pijn, soms minder 28 <input type="radio"/> Nee, ook periodes zonder pijn 29 <input type="radio"/> Nee, de pijn is van plaats veranderd		25 26 27 28 29	
Geef de plaats aan						
HUD - Niet zichtbare huidafwijking	30 <input type="checkbox"/> Pijn 31 <input type="checkbox"/> Jeuk 32 <input type="checkbox"/> Overmatig zweten	<input type="checkbox"/> Gevoelloosheid 31 <input type="checkbox"/> Tintelingen 32 <input type="checkbox"/> Haaruitval	<input type="checkbox"/> Knobbelt onder de huid			30 31 32
Geef de plaats aan						
HUD - Zichtbare huidafwijking	33 <i>Hoelang is deze al aanwezig?</i> 34 ... dagen 35 ... jaren 36 <input type="radio"/> Vanaf de geboorte	<i>Kruis aan wat van toepassing is'</i> 34 <input type="radio"/> Het jeukt 35 <input type="radio"/> Het is groter geworden 36 <input type="radio"/> Het bloedt weleens	<input type="radio"/> Het doet pijn			33 34 35 36
Geef de plaats aan						
ARMEN EN BENEN	37 <input type="checkbox"/> Pijn 38 <input type="checkbox"/> Gewricht zit op slot 39 <input type="checkbox"/> Spieren zijn zwakker geworden	<input type="checkbox"/> Pijn na een stukje lopen, die verdwijnt na even rusten 39 <input type="checkbox"/> Spierstijfheid na het opstaan	<input type="checkbox"/> Spierstijfheid gedurende de hele dag 39 <input type="checkbox"/> Niet goed kunnen bewegen	<input type="checkbox"/> Verminderde controle (arm of been doet niet wat u wilt) 39 <input type="checkbox"/> Ongewilde trillingen/bewegingen	37 38 39	
Geef de plaats aan						
SPIJSVERTERING	40 <input type="checkbox"/> Misselijkheid 41 <input type="checkbox"/> Pijn bij het slikken 42 <input type="checkbox"/> Niet kunnen slikken 43 <input type="checkbox"/> Zeer vaak de hik hebben	<input type="checkbox"/> Overmatige dorst 41 <input type="checkbox"/> Geen eetlust meer hebben 42 <input type="checkbox"/> Opgeblazen gevoel 43 <input type="checkbox"/> Veelvuldig moeten boeren	<input type="checkbox"/> Erge windrigheid 41 <input type="checkbox"/> Onspingen van maagzuur 42 <input type="checkbox"/> Braken van..... 43 <input type="radio"/> Speeksel	<input type="radio"/> Voedselrasten 41 <input type="radio"/> Bloed 42 <input type="radio"/> Gal	40 41 42 43	
ONTLASTING	44 <input type="checkbox"/> Pijn bij de ontlasting 45 <input type="checkbox"/> Aambeien 46 <input type="checkbox"/> Jeuk rond de anus 47 <input type="checkbox"/> Ongewild verlies van ontlasting	<i>Geen ontlasting sinds:.....</i> 44 ... dagen 46 <input type="checkbox"/> De ontlasting is soms dik, soms dun	<i>Diarrée of afwijkende ontlasting: deze is:</i> 45 <input type="radio"/> Waterig 46 <input type="radio"/> Zeer hard	<input type="radio"/> Met wormen 45 <input type="radio"/> Met bloed 46 <input type="radio"/> Teerachtig	44 45 46 47	
VROUWELIJK GESLACHTSORGAAN	48 <input type="checkbox"/> Jeuk inwendig 49 <input type="checkbox"/> Jeuk uitwendig	<input type="checkbox"/> Overmatige afscheiding 48 <input type="checkbox"/> Afscheiding met bloed	<input type="checkbox"/> Sterk ruikende afscheiding 48 <input type="checkbox"/> Pijn bij geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/> Bloedverlies bij of na geslachtsgemeenschap	48 49	
BORSTEN	50 <input type="checkbox"/> Opgezwollen of pijnlijk	<input type="checkbox"/> Knobbelt in een borst	<input type="checkbox"/> Verandering aan borst of tepel		50	
MENSTRUATIE	51 <i>Menstruatie is overtijd sinds:.....</i> 52 ... dagen	<input type="checkbox"/> Veel pijn tijdens de menstruatie 52 <input type="checkbox"/> Veel bloedverlies	<input type="checkbox"/> De periode tussen menstruaties is veranderd	<input type="checkbox"/> Bloedverlies tussen menstruaties	51 52	
ZWANGERSCHAP	53 <i>Ik ben zwanger en ik:....</i> 54 <input type="radio"/> wil weten of alles goed is	<input type="radio"/> verlies bloed 54 <input type="radio"/> verlies gewicht	<input type="radio"/> voel geen kindbeweging meer	<input type="radio"/> voel weeën	53 54	
URINELOZING	55 <input type="checkbox"/> Kleine hoeveelheden plassen, maar zeer vaak 56	<input type="checkbox"/> Niet kunnen plassen 56 <input type="checkbox"/> Brandend gevoel bij het plassen	<input type="checkbox"/> Vaak het bed uit moeten om te plassen 56 <input type="checkbox"/> Urine 'verliezen'	<input type="checkbox"/> Bloed in de urine 56 <input type="checkbox"/> Urine is troebel en/of stinkt	55 56	
MANNELIJK GESLACHTSORGAAN	57 <input type="checkbox"/> Jeuk aan of rond de penis 58 <input type="checkbox"/> Zweer/uitslag op of bij de penis	<input type="checkbox"/> Afscheiding uit de penis 58 <input type="checkbox"/> Pijn in de balzak	<input type="checkbox"/> Knobbelt in de balzak 58 <input type="checkbox"/> Geen erectie meer kunnen krijgen		57 58	
PEUTERS EN BABIES <i>Het kind heeft?.....</i>	59 <input type="checkbox"/> Koorts 60 <input type="checkbox"/> Pijn 61 <input type="checkbox"/> Voortdurend huilen 62 <input type="checkbox"/> Lusteloosheid 63 <input type="checkbox"/> Reageert niet op de omgeving 64 <input type="checkbox"/> Wil niet drinken 65 <input type="checkbox"/> Wil niet eten	<input type="checkbox"/> Oorpijn 60 <input type="checkbox"/> Kan niet of moeilijk slikken 61 <input type="checkbox"/> Heeft iets ingeslikt (teken of toon een zelfde voorwerp) 63 <input type="checkbox"/> Heeft gif genomen (toon verpakking) 64 <input type="checkbox"/> Keelpijn 65 <input type="checkbox"/> Loopneus	<input type="checkbox"/> Braakt tijdens de voeding 60 <input type="checkbox"/> Braakt krachtig na de voeding 61 <i>Diarrée sinds:.....</i> 62 ... dagen 63 <i>Geen ontlasting sinds:.....</i> 64 ... dagen 65 <input type="checkbox"/> Moet veel hoesten	<i>Ademhalingsproblemen:.....</i> 60 <input type="checkbox"/> vooral 's nachts 61 <input type="checkbox"/> in aanvallen 62 <input type="checkbox"/> voortdurend 63 <input type="checkbox"/> Huiduitslag of vlekjes 64 <input type="checkbox"/> Heeft een stuitaanval gehad	59 60 61 62 63 64 65	
	A	B	C	D		

BEANTWOORD S.V.P. DE AANGEKRUISTE VRAGEN.

Hebt u uw klachten op de andere zijde duidelijk kunnen maken? (x) Ja, volledig (y) Nee, slechts gedeeltelijk (z) Nee, helemaal niet

	A	B	C	D	E	
1	<input type="checkbox"/> Hoelang heeft u of het kind nu klachten?	<input type="checkbox"/> Heeft u of het kind de klachten voortdurend?	<input type="checkbox"/> Heeft u of het kind deze klachten ooit eerder gehad?	<input type="checkbox"/> Gebruikt u of het kind medicijnen?	<input type="checkbox"/> Bent u zwanger?	1
2		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	2
3	...dagen	<input type="checkbox"/> Nee, af en toe	<input type="checkbox"/> Ja, is toen door een dokter behandeld	<input type="checkbox"/> Ja, door een dokter voorgeschreven	<input type="checkbox"/> Nee	3
4	...uur	<input type="checkbox"/> Nee, eenmalig gehad	<input type="checkbox"/> Ja, is niet behandeld	<input type="checkbox"/> Ja, zelf gekochte	<input type="checkbox"/> Mogelijk	4
5						5
6	MEDICIJNGEBRUIK	<input type="checkbox"/> Welke medicijnen gebruikt u?	<input type="checkbox"/> Antibiotica/Penicilline	<input type="checkbox"/> Laxeermiddel	<input type="checkbox"/> Plaspillen	6
7			<input type="checkbox"/> De pil (anticonceptie)	<input type="checkbox"/> Medicijn voor het hart	<input type="checkbox"/> Bloedverdunnend medicijn	7
8		<input type="checkbox"/> Slaapmiddel	<input type="checkbox"/> Hormonen	<input type="checkbox"/> Pijnstillers	<input type="checkbox"/> Bloeddruk medicijn	8
9		<input type="checkbox"/> Kalmeringsmiddel	<input type="checkbox"/> Cortisonen	<input type="checkbox"/> Insuline		9
10	ALCOHOL, TABAK&DRUGS	<input type="checkbox"/> Indien u een van deze middelen gebruikt, geef aan hoeveel dagelijks.	...Sigaretten	...Glazen alcohol	...Canabis-sigaretten	10
11			...Sigaren		...gram cocaine	11
12			...Pijp		...gram heroïne	12
13	FAMILIEZIEKTEN	<input type="checkbox"/> Kruis aan welke van deze ziekten bij directe bloedverwanten voorkomen.	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Gal-/Nierstenen	<input type="checkbox"/> Reuma	13
14			<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Bloedziekten	<input type="checkbox"/> Zenuw- of geestesziekten	14
15			<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk		15
16			<input type="checkbox"/> Maagzweer	<input type="checkbox"/> Hartinfarct	<input type="checkbox"/> Kanker	16
17			<input type="checkbox"/> Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> Allergieën	17
18	ZIEKTEGESCHIEDENIS	<input type="checkbox"/> Indien u momenteel aan een van deze ziekten lijdt, kruis deze dan aan.	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> Geelzucht	18
19			<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Bloedziekte	<input type="checkbox"/> Malaria	19
20			<input type="checkbox"/> Nierstenen	<input type="checkbox"/> Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Tropische virusziekte	20
21			<input type="checkbox"/> Galstenen	<input type="checkbox"/> Schildklierkwaal		21
22			<input type="checkbox"/> Acuut reuma		<input type="checkbox"/> HIV-besmetting	22
23		<input type="checkbox"/> Indien u in het verleden aan een van deze ziekten geleden hebt, vul dan het jaartal in waarin deze ziekte optrad.	<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Leverziekte		23
24			<input type="checkbox"/> Hemofilie	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Bent u ooit geopereerd?	24
25			<input type="checkbox"/> Trombose	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Nee	25
26			<input type="checkbox"/> Hartkwaal	<input type="checkbox"/> Maagzweer	<input type="checkbox"/> Ja, in	26
27			<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Daminfectie	...	27
28	EERDERE GELIJKSOORTIGE KLACHTEN	<input type="checkbox"/> Wat was het resultaat van de eerdere behandeling?	<input type="checkbox"/> Waaruit bestond die behandeling?	<input type="checkbox"/> Hebt u de klachten sinds het eerste optreden voortdurend gehad?		28
29		<input type="checkbox"/> Volledige genezing	<input type="checkbox"/> Operatie	<input type="checkbox"/> Ja		29
30		<input type="checkbox"/> Verbetering	<input type="checkbox"/> Medicijnen	<input type="checkbox"/> Nee, tot nu toe niet meer gehad		30
31		<input type="checkbox"/> Verslechtering	<input type="checkbox"/> Bestraling	<input type="checkbox"/> Nee, af en toe gehad		31
32		<input type="checkbox"/> Behandeling had geen invloed	<input type="checkbox"/> Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Alleen in bepaalde jaargetijden		32
33			<input type="checkbox"/> Iets anders			33
34						34
35	WAT DE KLACHTEN BEÏNVLOEDT	<input type="checkbox"/> Wanneer gaat het beter en wanneer slechter?	Houding	Geestelijk	Functie	35
36		Tijdstip	<i>slechter</i> <input type="checkbox"/> <i>beter</i> <input type="checkbox"/>	<i>slechter</i> <input type="checkbox"/> <i>beter</i> <input type="checkbox"/>	<i>slechter</i> <input type="checkbox"/> <i>beter</i> <input type="checkbox"/>	36
37		<input type="checkbox"/> Ochtend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opwindig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Slapen <input type="checkbox"/>	37
38		<input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liggen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nerveusiteit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stoelgang <input type="checkbox"/>	38
39		<input type="checkbox"/> Avond <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rechtop zitten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drinken <input type="checkbox"/>	39
40		<input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vooroverbuigen <input type="checkbox"/>	Temperatuur	<input type="checkbox"/> Lopen <input type="checkbox"/>	40
41				<input type="checkbox"/> Warmte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegen <input type="checkbox"/>	41
42				<input type="checkbox"/> Koude <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inspanning <input type="checkbox"/>	42
43	ALLERGIE	<input type="checkbox"/> Kruis aan indien u er overgevoelig voor bent.	<input type="checkbox"/> Bepaald medicijn naam.....	<input type="checkbox"/> Antibiotica	<input type="checkbox"/> Narcose	43
44				<input type="checkbox"/> Contrastvloeistof	<input type="checkbox"/> Bepaald voedsel	44
45	PIJN	<input type="checkbox"/> Hoe ervaart u de pijn?....als	<input type="checkbox"/> Stekend	<input type="checkbox"/> Straalt de pijn uit?	<input type="checkbox"/> Kaak	45
46		<input type="checkbox"/> Drukkend	<input type="checkbox"/> Krampend	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Arm	46
47		<input type="checkbox"/> Dof	<input type="checkbox"/> Brandend	<input type="checkbox"/> Ja, naar de linker.....	<input type="checkbox"/> Hals	47
48		<input type="checkbox"/> Borend	<input type="checkbox"/> Beklemmend	<input type="checkbox"/> Ja, naar de rechter.....	<input type="checkbox"/> Bil	48
49		<input type="checkbox"/> Zeurend		<input type="checkbox"/> schouder	<input type="checkbox"/> Been	49
50	PSYCHO-SOCIAAL WELBEVINDEN	<input type="checkbox"/> Voelt u zich zo erg in de put dat niets u kan opvrolijken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Hebt u grote problemen?	<input type="checkbox"/> Ja, binnen de familie	50
51			<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, financieel	51
52				<input type="checkbox"/> Ja, met mijn partner		52
53	ALGEMEEN WELBEVINDEN	<input type="checkbox"/> Kruis aan indien er iets is veranderd in:	<input type="checkbox"/> Hebt u zomaar gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Slaapt u goed?	<input type="checkbox"/> Bent u vaak ziek?	53
54		<input type="checkbox"/> de regelmaat van de ontlasting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	54
55		<input type="checkbox"/> het plassen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nee	55
56						56
57	EERDERE ZWANGERSCHAP	<input type="checkbox"/> Bent u eerder zwanger geweest?	<input type="checkbox"/> Kruis s.v.p. aan wat toepassing is.	<input type="checkbox"/> Hebt u ooit gezondheidsproblemen gehad vanwege een zwangerschap?	<input type="checkbox"/> Hartproblemen	57
58		<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Doodgeboren kind gehad		<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	58
59		...maal	<input type="checkbox"/> Miskraam gehad	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Suikerziekte	59
60			<input type="checkbox"/> Voortijdige bevalling gehad	<input type="checkbox"/> Nierproblemen	<input type="checkbox"/> Bloedingen	60
61			<input type="checkbox"/> Twee- of meerling gehad		<input type="checkbox"/> Zwangerschapsvergiftiging	61
62	HART EN ADEMHALING	<input type="checkbox"/> Hebt u ook nog andere verschijnselen bij klachten?	<input type="checkbox"/> Tintelingen in de vingers	<input type="checkbox"/> Ademnood	<input type="checkbox"/> Flauwtes	62
63		<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Stijfheid van vingers of arm	<input type="checkbox"/> Misselijkheid	<input type="checkbox"/> Transpiratie	63
64			<input type="checkbox"/> Stijfheid rond de mond	<input type="checkbox"/> Steken in de borst	<input type="checkbox"/> Gestoord gezichtsvermogen	64
65	SPIJSVERTERING	<input type="checkbox"/> Wanneer hebt u klachten?	<input type="checkbox"/> Vooral 's nachts	<input type="checkbox"/> Na het eten		65
66		<input type="checkbox"/> Voortdurend	<input type="checkbox"/> Bij lege maag	<input type="checkbox"/> Na bepaald voedsel		66
67	MENSTRUATIE	<input type="checkbox"/> Hoeveel dagen geleden was het einde van uw laatste menstruatie?	...dagen	<input type="checkbox"/> Is de duur of regelmaat van de menstruatie veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja	67
68					<input type="checkbox"/> Nee	68
69	VOORBEHOEDSMIDDELEN	<input type="checkbox"/> Gebruikt u de pil of het spiraaltje?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> De pil sinds:	<input type="checkbox"/> Het spiraaltje sinds	69
70				... maanden	... maanden	70
71	VACCINATIES	<input type="checkbox"/> Welke vaccinaties gehad?	<input type="checkbox"/> Kinkhoest	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Rode hond	71
72		<input type="checkbox"/> Difterie	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Kinderverlamming	<input type="checkbox"/> Mazelen	72
	A	B	C	D	E	