|  |
| --- |
| Early Arthritis-vragenlijst  Dienst Reumatologie  *In te vullen door de aanvragende arts* |



**U wenst voor een nieuwe patiënt een afspraak te maken**

**op de Early Arthritis Consultatie.**

Gelieve deze **vragenlijst** in te vullen en zo snel mogelijk te faxen naar het nummer 015/50 48 12

of te mailen naar [reumacoach@imelda.be](mailto:reumacoach@imelda.be)

Voeg ook de resultaten toe van de onderzoeken die reeds gebeurd zijn (bloeduitslagen, beeldvorming).

Van zodra we dit ingevuld formulier kunnen inzien, ontvangt u antwoord van ons.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aanvragend geneesheer  *(stempel + handtekening)*  *Telefoonnummer:*  *Email:* | Identificatie patiënt  *Naam:*  *Woonplaats:*  *Geboortedatum:*  *Geslacht:* M/V  *Telefoonnummer / GSM:*  *Beroep:* | |
| Reden reumatologisch consult  *Wanneer zijn de klachten ontstaan?*  ***Tentatieve diagnose: Second opinion:* Ja / Nee** | | |
| Specifieke klachten   |  |  | | --- | --- | | Ochtendstijfheid (> 30 min)  Nachtelijke pijn (2e deel van de nacht) Pijn bij rust, verbetering bij bewegen  Tangentiële drukpijn MCP / MTP  Functie- en krachtsverlies  NSAIDs verlichten de pijn | Ja / Nee  Ja / Nee  Ja / Nee  Ja / Nee  Ja / Nee  Ja / Nee | | Gewichtsverlies  Subfebriel  Toegenomen vermoeidheid | Ja / Nee  Ja / Nee  Ja / Nee | | Inflammatoire rugklachten | Ja / Nee | | (Aspecifieke) rugklachten | Ja / Nee | | Gegeneraliseerde pijn | Ja / Nee | | **Pijnlijke en gezwollen gewrichten AANDUIDEN a.u.b.** | |
| **Pijnlijke gewrichten** | **Gezwollen gewrichten** |
| Medische voorgeschiedenis   |  |  | | --- | --- | | Psoriasis | Ja / Nee | | M.Crohn / Colitis Ulcerosa | Ja / Nee | | | |
| Huidige medicatie / voorafgaande behandelingen | | |
| Familiale anamnese  *Reumatoïde artritis, Ziekte van Bechterew (Spondylitis Ankylosans), Psoriasis, Colitis Ulcerosa,*  *Morbus Crohn, Jicht, Systemische Lupus, Syndroom van Sjögren, Systeemsclerose* | | |