
Vragenlijst voor patiënten met chronische urticaria of angio-oedeem

JRM & MMK 2017

Uw naam: man ☐ / vrouw ☐

Geboortedatum:/...../..... Datum:/...../.....

Kruis de hokjes aan die van toepassing zijn en beantwoord de vragen:

1. Sinds hoelang heeft u last van galbulten (urticaria, netelroos) en/of dieper in de huid liggende zwellingen (angio-oedeem)? (a.u.b. de datum, of de maand, en het jaar invullen wanneer het begonnen is)

- ☐ Ik heb galbulten (of zwellingen) sinds:
☐ Ik heb alleen galbulten
☐ Ik heb alleen diepere zwellingen
☐ Ik heb beide

2. Hoe vaak heeft u gemiddeld een aanval van galbulten of angio-oedeem ?

- ☐ Ik heb galbulten: ☐ continu ☐ elke dag
☐ een paar keer per week
☐ een paar keer per maand
☐ anders, namelijk:

- ☐ Ik heb angio-oedeem: ☐ continu ☐ elke dag
☐ een paar keer per week
☐ een paar keer per maand
☐ anders, namelijk:

3. Hoelang duurt het voordat één afzonderlijk bultje weer wegtrekt ?

..... uur

(U kunt dit nagaan door een nieuw ontstane galbult met viltstift om te trekken en op te letten wanneer deze niet meer verheven is).

Hoelang duurt het voordat een dieper liggende zwelling (b.v. rond de ogen of de mond) weer wegtrekt ?

..... uur

4. Heeft u ooit een galbult of zwelling gehad die langer dan 24 uur op dezelfde plek aanwezig bleef? Zo ja, waar ? Ja ☐ / Nee ☐

.....

5. Hoe groot worden de galbulten gemiddeld bij u ?

..... millimeter centimeter

6. Op welk lichaamsdeel heeft u meestal last van galbulten of angio-oedeem ?

☐ Ik heb galbulten:

- ☐ verspreid over het gehele lichaam
- ☐ vooral op armen en/of benen
- ☐ op aan zon blootgestelde delen
- ☐ op drukplaatsen (b.v. onder riem of BH-bandje)
- ☐ elders op het lichaam, namelijk:

.....

☐ Ik heb zwellingen

- ☐ van de oogleden
- ☐ van de lippen
- ☐ aan handen en/of vingers van de tong en/of de keel
- ☐ elders op het lichaam, namelijk:

.....

7. Zijn er ooit blauw, paars, of bruinachtig verkleurde plekken of rode puntjes achtergebleven op de plaats waar de galbulten zaten ? Ja ☐ / Nee ☐

8. Jeuken de gebieden met galbulten of het angio-oedeem ? Ja ☐ / Nee ☐

9. Heeft u de huid kapot gekrabd op de jeukende plekken ? Ja ☐ / Nee ☐
Is de huid op die plekken ook droog of schilferend ? Ja ☐ / Nee ☐

10. Voelt u nog een andere sensatie in de aangedane huid ? Ja ☐ / Nee ☐

Zo ja, hoe zou u deze sensatie beschrijven?

- ☐ pijnlijk
- ☐ brandend
- ☐ gespannen aanvoelend
- ☐ nog anders, namelijk:

.....

11. Er zijn een aantal klachten (hieronder genoemd) die tijdens of direct na een aanval van galbulten of angio-oedeem kunnen optreden. Als u dit soort klachten heeft gehad, kruis dit dan aan:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ loopneus | ☐ tranende ogen | |
| ☐ heesheid | ☐ dikke tong | ☐ gezwollen verhemelte of keelholte |
| ☐ astma (piepende ademhaling, kortademigheid) | | |
| ☐ benauwdheid door zwelling van de keelholte of luchtpijp | | |
| ☐ hoofdpijn | ☐ duizeligheid | ☐ flauwvallen |
| ☐ buikpijn | ☐ buikkrampen | ☐ misselijkheid |
| ☐ overgeven | ☐ diarree | |
| ☐ koorts | ☐ koude rillingen | ☐ vermoeidheid |

12. Op welk moment van de dag heeft u meestal last ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ 's nachts | ☐ ik word 's nachts wakker van de jeuk |
| ☐ 's ochtends | ☐ direct bij het opstaan |
| ☐ 's middags | ☐ op willekeurige momenten |
| ☐ 's avonds | ☐ direct na thuiskomen |

13. Wanneer heeft u meer last van urticaria of angio-oedeem:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ binnenshuis meer last | ☐ buitenshuis meer last | ☐ geen verschil |
| ☐ op het werk meer last | ☐ op het werk minder last | ☐ geen verschil |
| ☐ in weekend meer last | ☐ doordeweeks meer last | ☐ geen verschil |
| ☐ op vakantie meer last | ☐ op vakantie minder last | ☐ geen verschil |

14. Zijn uw klachten begonnen na een bepaalde ziekte of ontsteking ? (B.v. tand- of kiesontstekingen, keel-, neus- of oor-infecties, huidinfecties, worminfecties, longontsteking, blaasontsteking, of andere ontstekingen of ziekten). Zo ja, welke ?

Ja ☐ / Nee ☐

.....

Heeft u toen geneesmiddelen voorgeschreven gekregen of zelf gebruikt ? (zo ja vul in bij vraag 42)

15. Zijn uw klachten begonnen na onderstaande gebeurtenissen ?

- ☐ na het maken van röntgenfoto's met behulp van contrastvloeistof of andere contrastmiddelen ?
- ☐ na het gebruik van bepaalde medicijnen, of na injecties of infusies ?
- Zo ja, welke:

.....

☐ Andere bijzondere gebeurtenissen? Zo ja, welke:

.....

16. Is er een verband tussen uw klachten en het seizoen/weersomstandigheden ?

Zo ja, wanneer verergeren uw klachten ?

Ja ☐ / Nee ☐

.....

17. Bent u ooit in een tropisch gebied geweest ?

Zo ja, wanneer en waar :

Ja ☐ / Nee ☐

.....

Soms treden aanvallen van galbulten en/of angio-oedeem op in bepaalde omstandigheden. Wij hebben hieronder een aantal voorbeelden genoemd. Als bij u een aanval optrad in één of meerdere van de genoemde omstandigheden wilt u deze dan aankruisen:

18. Treden de galbulten op ongeveer binnen 15 minuten na:

- ☐ wrijven of krabben over de huid ?
- ☐ na het dragen van strakke kleding ?
- ☐ ergens tegenaan leunen (b.v. tegen de harde rugleuning van een stoel)?

19. Treden de galbulten / angio-oedeem op als er iets geweest is dat grote druk heeft uitgeoefend op de huid (meestal ontstaan de galbulten / zwellingen dan niet meteen maar 6 tot 12 uur later) ?

Als dit bij u het geval is, bij wat voor werkzaamheden of omstandigheden treedt dit dan op ?

- ☐ langdurig staan of lang lopen ? ☐ langdurig zitten of fietsen ?
- ☐ werken op knieën ?
- ☐ werken met gereedschap ? ☐ zware lasten dragen ?
- ☐ andere omstandigheden, zo ja welke:

.....

20. Treden de galbulten / angio-oedeem meestal op:

- ☐ in koude omgeving (bv. sneeuw, regen, wind) ?
- ☐ bij contact met koude voorwerpen (bv. ijs eten, aanraken koud fietsstuur)
- ☐ in koud water (bv. douche of zwembad) of ijsblokjes ?
- ☐ bij de overgang van koude naar warmte of omgekeerd ?

21. Treden de galbulten / angio-oedeem meestal op:

- ☐ in warme omgeving ?
- ☐ bij opwinding, schrik of stress ?
- ☐ bij transpireren ?
- ☐ bij contact met warme voorwerpen ?
- ☐ bij sterk gekruid eten of warme koffie drinken ?
- ☐ bij inspanning of tijdens sport ?
- ☐ tijdens een warme douche of bad ?
- ☐ tijdens of na sex ?

22. Zijn de galbulten of het angio-oedeem ontstaan na blootstelling aan (zon)licht ? Ja ☐ / Nee ☐

23. Krijgt u wel eens witte, blauwe, pijnlijke of gevoelloze vingers door koude ? Ja ☐ / Nee ☐

24. Denkt u dat uw klachten verergeren onder invloed van:

- ☐ werkstress of andere stress ?
- ☐ zenuwachtigheid ?
- ☐ problemen ?

.....
.....

25. Kreeg u ooit galbulten, jeuk of een rode huid na direct huidcontact met:

- ☐ wol of andere kleding ?
- ☐ cosmetica of parfum ?
- ☐ chemische produkten ?
- ☐ andere produkten ? Zo ja, welke ?
- ☐ dieren of planten ?
- ☐ genees- of voedingsmiddelen ?

.....

26. Is er in uw naaste familie iemand die ook galbulten of angio-oedeem heeft ? Ja ☐ / Nee ☐
Zo ja, wie ?

.....

27. Van welke van de onderstaande klachten heeft u last of ooit last gehad:

- ☐ hooikoorts, niesbuien in huis, loopneus (allergische rhinitis) ?
- ☐ tranende ogen (conjunctivitis) ?
- ☐ benauwdheid, piepende ademhaling (astmatische klachten) ?
- ☐ eczeem (dauwworm als baby of atopisch eczeem op jonge leeftijd) ?

28. Komen in uw naaste familie deze allergische klachten voor ? Ja ☐ / Nee ☐
(dauwworm, atopisch oftewel constitutioneel eczeem, andere vormen van eczeem, hooikoorts, of astma) ? Zo ja, welke van deze klachten en bij wie ?

.....
.....

29. Is bij u ooit een allergie voor bepaalde voedingsmiddelen vastgesteld ? Ja ☐ / Nee ☐
 Zo ja, voor welke producten, en hoe is dit vastgesteld ?

30. Denkt u zelf dat uw klachten verergeren door bepaalde voedingsmiddelen ? Ja ☐ / Nee ☐
 (b.v. vis / mosselen / garnalen / kreeft / peulvruchten / selderij / aardbeien /
 appels / peren / banaan / pinda's / noten / soja(bonen) / kaas / alcohol /
 chocolade / (kinine-houdende) frisdrank / eieren- of melkprodukten / ijs /
 voeding uit blik / diepvriesmaaltijd / kunstmatige zoetstoffen / overige)
 Zo ja, bij welke voedingsmiddelen ?

31. Heeft u ooit na het eten van één van bovengenoemd(e) voedingsmiddel(en) één
 van onderstaande verschijnselen waargenomen ? Ja ☐ / Nee ☐
☐ tintelend of brandend gevoel in de tong of op de lippen ?
☐ zwelling van de tong of lippen ?
☐ buikkrampen en/of diarree ?
32. Heeft u ooit een dieet gevolgd om van uw klachten af te komen ? Ja ☐ / Nee ☐
 Zo ja, heeft dit dieet de klachten verminderd ? Ja ☐ / Nee ☐
 Is het dieet door een diëtist voorgeschreven ? Ja ☐ / Nee ☐
 Heeft u het dieet strikt gehouden ? Ja ☐ / Nee ☐
 Wat was dit voor dieet en hoelang heeft u dit dieet gevolgd ?

33. Heeft u huisdieren ? Ja ☐ / Nee ☐
 Zo ja, welke en sinds wanneer ?

34. Komt u veel in contact met één van onderstaande stoffen ? Ja ☐ / Nee ☐
☐ planten / bloemen ? ☐ schoonmaak_ en wasmiddelen ?
☐ cosmetica ? ☐ verf / lijm / rubber ?
☐ andere bijzondere stoffen, zo ja welke ?

35. Wat is uw beroep of wat voor werkzaamheden verricht u op het ogenblik ?

36. Wat zijn uw hobby's ?

37. Komt u (b.v. door uw beroep) veel in contact met chemische of industriële produkten en/of bestaat er kans op het inademen van deze produkten ? (b.v. vloeistoffen / dampen / nevels / stofwolken ?) Ja ☐ / Nee ☐
Zo ja, om welke produkten gaat het ?

.....

38. Heeft u metalen voorwerpen in uw lichaam ? (bv. pacemakers, gewrichtsprothesen, metalen platen of schroeven, metaal in uw mondholte) ? Ja ☐ / Nee ☐
Zo ja, welke ?

.....

39. Alleen voor vrouwen: gebruikt u de anticonceptie pil? Ja ☐ / Nee ☐
Zo ja, welke, en sinds hoelang ?

.....

Heeft u meer klachten vlak voor de menstruatie ? Ja ☐ / Nee ☐

40. Wilt u hieronder zo nauwkeurig mogelijk noteren welke geneesmiddelen u in het afgelopen jaar gebruikt heeft **voor uw galbulten of angio-oedeem** ?

naam geneesmiddel:	hoeveelheid per dag:	in welke periode:
.....		
.....		
.....		
.....		

41. Indien u antihistaminica voor uw galbulten of angio-oedeem heeft gebruikt, hoeveel dagen geleden heeft u de laatste ingenomen, en welke was dat ?

.....

42. Wilt u hieronder zo nauwkeurig mogelijk **alle andere geneesmiddelen** opschrijven die u het afgelopen jaar heeft gekregen voor andere aandoeningen (inclusief injecties of inentingen) ? (Met name antibiotica, pijnstillers en ontstekingsremmende middelen, slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, psychofarmaca, anti-epileptica, laxermiddelen, geneesmiddelen tegen gewrichtspijn of griep, anti-hoest tabletten, hormoonpreparaten (anticonceptiepil, oestrogenen, insuline), vitamine-tabletten, homeopathische middelen, drugs, overige)?

NB: vraag uw apotheek om een uitdraai van het afgelopen jaar.

naam geneesmiddel:	hoeveelheid per dag:	in welke periode:
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

43. Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen ? Ja ☐ / Nee ☐
Zo ja, voor welke, en waaruit is dat gebleken ?

.....
.....

44. Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen of onder specialistische behandeling geweest ? Zo ja, voor welke klachten ? Ja ☐ / Nee ☐

.....
.....

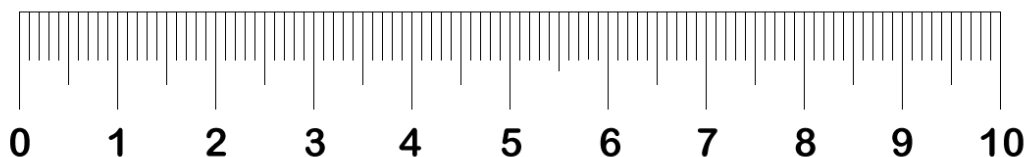
45. Heeft u op het ogenblik nog andere lichamelijke klachten ? Ja ☐ / Nee ☐

.....
.....

46. Heeft u zelf nog ideeën of opmerkingen over een mogelijke oorzaak of heeft u een relatie kunnen ontdekken met bepaalde omstandigheden of een bepaalde omgeving ? Ja ☐ / Nee ☐

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

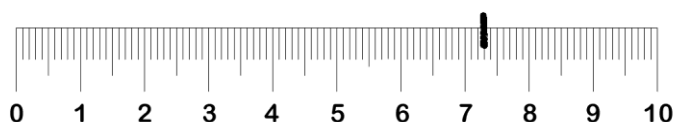
47. Geef door middel van een streepje op een schaal van 1-10 aan hoeveel hinder u in het dagelijks leven ondervindt van de urticaria - aanvallen.



Weinig last
Slechts af en toe galbulten

Heel veel last
Dagelijks galbulten

Voorbeeld van het plaatsen van een streepje op de schaal van 1-10:



Vragenlijst over uw algemene gezondheid. Heeft u in de periode 8 weken voorafgaande aan het ontstaan van de galbulten en/of angio-oedeem tot op heden één van de onderstaande klachten gehad ?

- | | | |
|--|--|-------------------------|
| a. Voelt u zich moe of slap ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| b. Hebt u nu koorts of hebt u dit onlangs gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | Zoja, hoeveel: °C |
| c. Bent u de laatste tijd afgevallen ? | Ja ☐ / Nee ☐ | Zoja, hoeveel: kg |
| d. Heeft u last van veel hoesten | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| veel slijm of bloed opgeven | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| kortademig bij inspanning | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| hartkloppingen | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| regelmatig 's avonds dikke enkels | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| pijn in de hartstreek | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| e. Heeft u last van buikpijn ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| misselijkheid of overgeven | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| vaak diarree of verstopping | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| bloed bij de ontlasting | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| zwarte kleur van de ontlasting | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| hoe vaak heeft u ontlasting ? x per week | | |
| f. Heeft u vaak last van hoofdpijn | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| kiespijn of pijn in de mond | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| keelpijn | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| oorpijn | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| neusverstopping | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| verkoudheid | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| neus-amandelontsteking | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| neusbijholte ontsteking | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| g. Heeft u regelmatig last van spierpijn ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| h. Heeft u regelmatig last van gewrichtspijn ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| i. Heeft u ooit een nierziekte gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| j. Heeft u ooit schildklierziekten gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| k. Heeft u suikerziekte ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| l. Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| m. Heeft u ooit geelzucht gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| n. Heeft u ooit leverziekten gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| o. Heeft u ooit de ziekte van Pfeiffer gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| p. Heeft u ooit reuma, of SLE gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| q. Heeft u ooit geslachtsziekten gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| r. Heeft u ooit kwaadaardige ziekten gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| s. Rookt u (Zo ja, hoeveel) ? | Ja ☐ / Nee ☐ | Per |
| t. Gebruikt u alcohol (Zo ja, hoeveel) ? | Ja ☐ / Nee ☐ | Per |
| u. Gebruikt u drugs (Zo ja, welke) ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| v. Heeft u onlangs een blaasontsteking gehad ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| w. Alleen voor vrouwen: heeft u last van een verhoogde of abnormale vaginale afscheiding ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| x. Alleen voor mannen: heeft u last van prostaatklachten ? | Ja ☐ / Nee ☐ | |
| y. Heeft u nog andere ziekten, nog niet genoemd ? | Ja ☐ / Nee ☐ | Zo ja, welke ? |

.....

.....

.....

.....

- z. Heeft u recent kiespijn / ontstoken kiezen gehad ? Ja ☐ / Nee ☐

Wanneer bent u voor het laatst bij uw tandarts geweest ?