

Naam/Patiëntnr.:

Datum:

Behandelingschema:

Cyclus:

Nul-meting ja/nee\* (\* omcirkel het juist antwoord)

Beoordeling gradering: met/zonder\* pijn (\* omcirkel het juist antwoord)

Naam arts/verpleegkundige:

Handtekening:

# Indicatie CTC-gradering Perifere Neuropathie

Er zijn geen veranderingen opgetreden sinds de laatste meting.

Ervaart u verandering in gevoel gedurende de afgelopen week?

	JA	Indien ja, waar?					
		In tenen	In voeten	In onderbenen	In vingers	In handen	In onderarmen
• Bij aanraking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Doof gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tintelend gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verandering in warmte- en koudegewaarwording	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ervaart u pijn (brandend, schietend, stekend of kramp)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De pijn is continue aanwezig	<input type="checkbox"/>						
• De pijn is met tussenpozen aanwezig	<input type="checkbox"/>						

Ervaart u verandering in de volgende functies gedurende de afgelopen week?

	JA		JA
• Frequent plassen	<input type="checkbox"/>	• Diarree	<input type="checkbox"/>
• Moeite met ophouden of uitplassen	<input type="checkbox"/>	• Duizeligheid bij opstaan	<input type="checkbox"/>
• Seksualiteit:	<input type="checkbox"/>	• Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>
- moeite met het krijgen van een erectie	<input type="checkbox"/>	• Meer zweten	<input type="checkbox"/>
- verminderd vochtig worden bij opwinding	<input type="checkbox"/>	• Minder zweten	<input type="checkbox"/>
• Obstipatie (verstopping)	<input type="checkbox"/>		

Ervaart u krachtsverlies gedurende de afgelopen week?  JA  Indien ja, waar?  in armen  in benen

Ervaart u veranderingen bij onderstaande activiteiten gedurende de afgelopen week?

Zelfverzorgende activiteiten:

- zelfstandig aan-/uitkleden
- zelfstandig wassen, haren wassen en kammen
- zelfstandig bestek vasthouden en eten

- zelfstandig lopen
- zelfstandig deuren open-/dichtdoen
- zelfstandig autorijden

Instrumentele activiteiten:

- toetsenbord computer/telefoon bedienen
- knoopjes open-/dichtdoen
- veters strikken
- schrijven
- eten klaarmaken

Maakt u gebruik van hulpmiddelen bij het zelfstandig lopen? (bijv. krukken, rollator, etc)

Beïnvloedt de pijn uw dagelijkse activiteiten?