**INCLUSIE CVA-PATIËNTEN**

**PERSOONLIJKE GEGEVENS**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ man ☐ vrouw

Geboortedatum / Leeftijd: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ jaar

TEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CVA - GERELATEERDE INFORMATIE**

Aangedane zijde (Arm/Hand) ☐ links ☐ rechts

Tijd sinds laesie(CVA) /Datum CVA \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Wat kan je doen met je aangedane hand? ☐ grijpen

🡪 Indien andere: ☐ iets vasthouden

☐ iets in de hand houden

☐ Andere

Hemibeeld ☐ spastich (verhoogde tonus)

☐ slap (verlaagde tonus)

Op welke plaats in de hersenen vond het CVA plaats?

Welk type CVA heb je doorgemaakt (ischemisch/bloeding)?

Welke problemen ervaar je in het dagelijkse leven ten gevolge van het CVA?

**NEEMT U MEDICATIE?**  ☐ ja ☐ neen

🡪 Indien ja, welke medicatie & waarom?

Afasie (Taalstoornissen) ☐ ja ☐ neen

Epilepsie ☐ ja ☐ neen

Botox Infiltraties ☐ ja ☐ neen

Spasmen ☐ ja ☐ neen

🡪 Indien ja, hoe lang duren deze gemiddeld en hoeveel

 tijd zit er gemiddeld tussen de spasmen?

Hersenchirurgie ☐ ja ☐ neen

Aneurysmaclips (hersenbloedvaten, aorta, etc. ) ☐ ja ☐ neen

Prothesen of orthesen  ☐ ja ☐ neen

🡪 Indien ja, welke & waarom?

Roken ☐ ja ☐ neen

Alcohol ☐ ja ☐ neen

Diabetes ☐ ja ☐ neen

Hypertensie ☐ ja ☐ neen

Hypercholesterolemie ☐ ja ☐ neen

Pijn (VAS – score)



* Laagste score (indien weinig pijn):
* Gemiddelde score (gemiddeld doorheen de dag):
* Hoogste score (indien veel pijn):

**MEDISCH DOSSIER**

Behandelend(e) Arts(en) + ziekenhuis

Kinesitherapeut + naam praktijk + overzicht behandeling

Medische voorgeschiedenis

Familiale voorgeschiedenis

In welke mate heeft het CVA uw leven veranderd?