

Ouderengeneeskunde

# Vragenlijst geheugenklachten

Voor patiënten, familieleden en/of mantelzorgers

## Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

**Alrijne Ziekenhuis Leiden** Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp  
**Houtlaan 55** Simon Smitweg 1  
**2334 CK Leiden** 2353 GA Leiderdorp  
**071 517 8178** 071 582 8282

**Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn**  
**Meteoorlaan 4**  
**2402 WC Alphen aan den Rijn**  
**0172 467 467**

We verzoeken u vriendelijk om deze vragenlijst in te vullen, eventueel samen met een naaste. Neem de vragenlijst weer mee als u naar de ouderengeneeskunde in Alrijne Ziekenhuis komt. De vragenlijst vanaf pagina 8 is speciaal voor uw naaste (familielid of mantelzorger).

Let op dat u naar de juiste locatie gaat (Leiden of Alphen aan den Rijn). Uw locatie staat aangegeven op de afspraakuitnodiging die u is/wordt toegezonden.

## Contactpersoon

Vul hier de gegevens van de contactpersoon in.

Naam	
Relatie tot patiënt	
Telefoonnummer(s)	

## Medicatie

Naam apotheek	
Plaats apotheek	
Telefoonnummer	

### Medicatieoverzicht

Vraag aan uw (huis)apotheek een uitdraai van het actuele medicatieoverzicht. Neem deze medicatie uitdraai mee naar de val- en balanspoli. Neem ook de daadwerkelijke medicatie mee, bijvoorbeeld in de vorm van de originele doosjes of de baxterrol.

Gebruikt u middelen die u ergens anders dan bij uw apotheek haalt? Bijvoorbeeld vitamines, paracetamol, zalfjes, homeopathische middelen, etc?

- Nee
- Ja, namelijk

.....  
.....

Bent u ergens allergisch voor?

- Nee
- Ja, namelijk voor

.....  
.....

# 1. Geheugen

Kunt u een omschrijving geven van de geheugenklachten en een enkel voorbeeld?

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

Wat zijn de gevolgen van de (geheugen) klachten voor het dagelijks bestaan?

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

Wanneer zijn de klachten volgens u begonnen?

.....

## Omcirkel wat van toepassing is.

Hoe is het begonnen?                      Acuut / sluipend / stapsgewijs

Hoe ontwikkelen de klachten zich?    Snel verslechterend / wisselend per dag / stabiel / anders namelijk.....

.....

Komen er geheugenstoornissen voor in de familie?

- Ja
- Nee

Komen er psychische ziekten voor in de familie?

- Nee
- Ja, welke?.....  
.....

## 2. Oriëntatie

Heeft u problemen bij het vinden van de weg?

- Ja
- Nee

Heeft u moeite met het herkennen van personen?

- Ja
- Nee

Heeft u moeite met het onthouden van de dag of hoe laat het is?

- Ja
- Nee

### 3. Waarneming

#### Omcirkel wat van toepassing is.

Kunt u goed horen?	Ja / Nee
Draagt u een gehoorapparaat?	Ja / Nee
Kunt u goed zien?	Ja / Nee
Draagt u een bril of contactlenzen?	Ja / Nee
Heeft u problemen bij het begrijpen van taal?	Ja / Nee
Heeft u problemen bij het praten?	Ja / Nee

### 4. Acute verwardheid

#### Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u geheugenproblemen?	Ja / Soms / Nee
Heeft u de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij voor u zelf zorgen?	Ja / Soms / Nee
Bent u tijdens een eerdere (ziekenhuis)opname of ziekte in de war geweest?	Ja / Soms / Nee

### 5. Stemming

#### Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u zich de afgelopen weken somber gevoeld?	Ja / Soms / Nee
Had u de afgelopen weken nergens meer zin in?	Ja / Soms / Nee
Zou u zichzelf depressief noemen?	Ja / Soms / Nee
Voelt u zich eenzaam?	Ja / Soms / Nee

### 6. Algemene dagelijkse levensactiviteiten

#### Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het aankleden?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij naar het toilet gaan?	Ja / Nee
Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het verplaatsen van bed naar stoel?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het eten?	Ja / Nee

## 7. Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven

**Omcirkel wat van toepassing is.**

Kunt u zelf telefoneren?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf komen waar u wilt?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf boodschappen doen?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf een warme maaltijd maken?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf huishoudelijk werk doen?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf uw medicijnen innemen?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee
Kunt u zelf uw geldzaken beheren?	Zelfstandig	/	Met een beetje hulp	/	Nee

## 8. Activiteiten/vallen

Bent u in de afgelopen 6 maanden gevallen?

- Nee
- Ja

Bent u bang om te vallen?

- Nee
- Ja

Maakt u gebruik van een hulpmiddel bij het lopen? (rollator, krukken, looprekje, rolstoel)

- Nee
- Ja, welk hulpmiddel gebruikt u?.....

## 9. Voeding

1. Bent u de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?

- Sterk verminderde eetlust
- Matige verminderde eetlust
- Geen verminderde eetlust

2. Bent u afgevallen gedurende de afgelopen 3 maanden?

- Meer dan 3 kg
- Weet ik niet
- Tussen de 1 en 3 kg
- Niet afgevallen

3. Hoe mobiel bent u?

- Aan bed of stoel gebonden
- In staat zelf uit bed of stoel te komen, maar ik ga niet naar buiten
- Ik ga zelfstandig naar buiten

4. Heeft u in de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte

- Ja
- Nee

5. Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt?

- Nee
- Ja

6. Hoeveel maaltijden gebruikt u per dag?.....

7. Gebruikt u alcohol?

- Nee
- Ja, ..... glazen per dag/per week\* (\*omcirkel wat van toepassing is)

8. Rookt u?

- Nee
- Ja, ..... stuks per dag/per week\*

## 10. Uitscheiding

1. Heeft u moeite met plassen of met de plas op te houden?

- Nee
- Ja,

2. Moet u 's nachts uit bed om te plassen?

- Nee
- Ja, .....keer per nacht.

3. Heeft u regelmatig ontlasting?

- Nee
- Ja

4. Heeft u moeite met het ophouden van de ontlasting?

- Nee
- Ja

## 11. Stress

Hoe gaat u om met stressvolle gebeurtenissen in uw leven?

.....

.....

.....

## 12. Levensbeschouwing

Wat is uw levens- of geloofsovertuiging?

.....  
.....

## 13. Thuissituatie

1. Hoe is uw leefsituatie?

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe / weduwnaar sinds .....
- Alleenstaand
- Samenwonend met .....

2. Hoe woont u?

- Eengezinswoning
- Appartement met lift
- Appartement zonder lift
- Aanleunwoning
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk .....

3. Maakt u gebruik van professionele hulpverlening?

- Nee
- Ja, namelijk:
  - Huishoudelijke hulp                      Bij deze organisatie:.....
  - Thuiszorg    Bij deze organisatie:.....
  - Fysiotherapie                                      Bij deze praktijk:.....
  - Dagbehandeling                                  Bij deze organisatie:.....

Hoe vaak per week?.....

## NPI-Q

# Neuropsychiatrische vragenlijst voor familieleden en/of mantelzorgers

De NPI-Q is een vragenlijst voor familieleden en/ of mantelzorgers van patiënten die klachten hebben over hun geheugen.

Wilt u bij het beantwoorden van onderstaande vragen steeds uitgaan van veranderingen die zich hebben voorgedaan vanaf het moment dat hij/zij geheugenproblemen kreeg.

Per vraag kunt u 3 antwoorden geven: was het verschijnsel aanwezig, zo ja: hoe ernstig en hoe emotioneel belastend is het voor u.

- Omcirkel alleen "Ja" als het symptoom **in de afgelopen maand aanwezig** was. In andere gevallen omcirkelt u "Nee".
- Voor elke vraag die u met "Ja" beantwoordt:  
Beoordeel de **ernst** van het symptoom (hoe beïnvloedt het haar/ hem):  
1 = Licht (merkbaar, maar geen belangrijke verandering)  
2 = Matig (belangrijk, maar geen ingrijpende verandering)  
3 = Ernstig (erg duidelijk of opvallend, een ingrijpende verandering)
- Beoordeel de mate waarin het symptoom voor u **emotioneel belastend** is (hoe het u beïnvloedt):  
0 = In het geheel niet belastend  
1 = Minimaal (enigszins belastend, geen probleem om mee om te gaan)  
2 = Licht (niet erg belastend, meestal makkelijk om mee om te gaan)  
3 = Matig (nogal belastend, niet altijd makkelijk om mee om te gaan)  
4 = Ernstig (erg belastend, moeilijk om mee om te gaan)  
5 = Zeer ernstig/extreem (uiterst belastend, niet in staat er mee om te gaan).

## Wanen

Is hij/ zij overtuigd van bepaalde gedachten, waarvan u weet dat ze niet waar zijn; denkt hij/zij bijvoorbeeld dat andere mensen hem/haar kwaad willen doen of van hem/haar stelen?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Hallucinaties

Hallucineert hij/ zij; ziet hij/zij iets dat er niet is of hoort hij/zij geluiden of stemmen die een ander niet kan horen?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5



## Agitatie/agressie

Komt het voor dat hij/zij weigert mee te werken, of zich niet laat helpen door een ander? Is hij/zij lastig om mee om te gaan?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Depressie/dysforie

Lijkt het alsof hij/ zij verdrietig of depressief is, of zegt hij/zij dat hij/ zij zich somber voelt?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Angst

Raakt hij/zij overstuur of zenuwachtig wanneer u weggaat? Is er iets anders dat erop wijst dat hij/zij angstig is; zoals happen naar adem, zuchten, niet kunnen ontspannen of erg gespannen zijn?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Euforie/opgetogenheid

Lijkt hij/zij zich te goed of te opgewekt te voelen?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Apathie/ onverschilligheid

Lijkt hij/zij minder geïnteresseerd te zijn in zijn/haar activiteiten of in de activiteiten en plannen van een ander?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Ontremd gedrag

Handelt hij/zij impulsief zonder over de gevolgen na te denken? Praat hij/zij bijvoorbeeld tegen onbekenden alsof hij/zij ze goed kent, of maakt hij/zij kwetsende of tactloze opmerkingen tegen anderen?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Prikkelbaarheid/labiliteit

Is hij/zij ongeduldig of snel geïrriteerd? Kan hij/zij er niet goed tegen als iets vertraagd is of als hij/zij moet wachten op een geplande activiteit?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Doelloos repetitief gedrag

Doet hij/zij telkens dezelfde handelingen, zoals doelloos rondlopen in huis, peuteren aan knopen, ergens aan plukken, draadjes opwinden, en dergelijke?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Gedrag 's nachts

Maakt hij/zij u 's nachts wakker, staat te vroeg op of doet te vaak een dutje overdag?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

## Eetlust/eetgedrag

Is hij/zij afgevallen of in gewicht aangekomen, of is zijn/haar voorkeur voor eten veranderd?

ja      nee      ernst : 1 2 3      emotionele belasting: 0 1 2 3 4 5

Developed by Daniel Kaufer, MD. All rights reserved, Jeffrey L. Cummings, MD. Vertaling versie 11/2000 J.F.M. de Jonghe et al.

## Vragen of opmerkingen

.....

.....

.....

.....

**Wilt u deze vragenlijst meenemen naar uw afspraak op het dagonderzoekscentrum of de polikliniek Ouderengeneeskunde?**