

Vragenlijst borstvoedeem

Instructies

Deze vragenlijst stelt u vragen over uw klachten. Wij willen graag weten hoe u zich op dit moment voelt.

Het invullen van deze vragenlijst neemt slechts enkele minuten van uw tijd in beslag.

- Bij '(Kruis aan)', kruist u 1 of meerdere vakjes aan, naargelang uw antwoordkeuze.
- Bij '(Vul in)', vragen wij u een korte en bondige omschrijving van uw antwoord.
- Bij '(Omcirkel)' vragen wij om het antwoord dat voor u van toepassing is te omcirkelen.

Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking en uw kostbare tijd.

BORSTKLACHTEN

Naam: _____

1. Duid aan in welke mate u gedurende de voorbije week last had van volgende klachten in de geopereerde borst ? (Omcirkel het nummertje)

	Helemaal niet										Zeer ernstig									
Pijn in de geopereerde borst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Een gevoel van zwaarte in de geopereerde borst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Een gezwollen borst aan de geopereerde zijde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
De huid voelt gespannen aan aan de geopereerde borst?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Roodheid ter hoogte van de huid van de geopereerde borst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Ik zie een afdruk van mijn beha staan in de geopereerde borst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
De poriën ter hoogte van de huid van de geopereerde borst zijn vergroot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
De geopereerde borst voelt op sommige plaatsen hard aan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									

Had u sinds uw operatie nog last van andere klachten ter hoogte van de geopereerde borst de voorbije week? Zo ja, omschrijf zo gedetailleerd mogelijk. (Vul in)

2. Geef aan (omcirkel) op een schaal van 0 tot 10 of u gedurende de voorbije week moeite had met volgende activiteiten als gevolg van de klachten aan de borst. LET OP: we peilen enkel naar activiteitsbeperkingen ten gevolge van klachten aan de borst en niet ten gevolge van klachten aan de arm. Als de activiteit voor u niet van toepassing is, zet u een kruisje in de kolom "NVT".

	Geen klachten										Ondraaglijke klachten	NVT
Slapen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Neerliggen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zitten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Rechtstaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Werk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Huishouden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autorijden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Handwerk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Stappen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Lichaamsbeweging/sport	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aan- en uitkleden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Het aan- en uitdoen van een beha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Het dragen van een beha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Computerwerk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Andere activiteiten (Vul in)												
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Welke van bovenstaande activiteitsbeperkingen stoort u in het dagelijkse leven het meeste. Geef uw top 3. (Vul in)

1. _____

2. _____

3. _____

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.

U kan de ingevulde vragenlijst nu in de bijhorende enveloppe steken en posten.