

Orthostatische tremor enquête

Naam:..................................................

Wat is uw geslacht................................V/M

Geboortedatum:............................(dd/mm/jaar)

Datum van invullen: ............................(dd/mm/jaar)

Eerder OT enquête ingevuld: Ja / nee / weet niet

1. Hoe erg zijn de OT- klachten de laatste tijd?

*Graag op de lijn aangeven d.m.v. een verticaal streepje (*I) of vinkje (V)

geen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zeer ernstig

1. Hoe erg beperken de OT-klachten u in uw dagelijks leven?

*Graag op de lijn aangeven d.m.v. een verticaal streepje (*I) of vinkje (V)

geen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zeer ernstig

1. Welke medicatie\* gebruikt u op dit moment tegen het trillen, sinds wanneer en wat is het effect?

\* Rivotril/ clonazepam - neurontin/gabapentine   - fycompa/ perampanel -  propranolol   - sinemet -  mysoline/primidon -  topiramaat – diazepam – seresta – vitamin B12   -of anders.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicijn** | **sinds** | **Effect** (goed/matig/geen) | **bijwerkingen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Indien een wetenschappelijk onderzoek zou starten naar het effect van medicatie voor OT, zou u dan bereid zijn
   1. uw eigen medicatie enkele keren tijdelijk te stoppen? Ja / nee Zo ja, hoe lang : enkele dagen / enkele weken / maakt me niet uit
   2. uw huidige medicatie af te wisselen met medicatie die u eerder geslikt heeft? Ja / nee
   3. uw huidige medicatie af te wisselen met een medicijn dat u niet eerder gebruikt heeft? Ja / nee

**Heeft u eerder de OT-enquête ingevuld, meld hieronder dan alleen veranderingen (wat u eerder al heeft ingevuld en hetzelfde is, mag u open laten).**

**Graag zo volledig mogelijk invullen, maar u mag eventueel vragen overslaan.**

**Bij 1e keer invullen wel graag vraag 26 t/m 32 invullen. Dank!**

1. Heeft u in het verleden andere medicatie voor orthostatische tremor gebruikt?
   1. Nee
   2. Ja, namelijk:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicijn** | **van-tot** | **Effect** (goed/matig/geen) | **bijwerkingen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Rivotril/ clonazepam - neurontin/gabapentine   - fycompa/ perampanel -  propranolol   - sinemet -  mysoline/primidon -  topiramaat – diazepam - seresta   -of anders.

* 1. Wat is de reden dat u bent gestopt met deze medicatie?

1. Heeft u andere therapie/hulpmiddelen en wat is het effect?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Therapie** | **sinds** | **Effect** (goed/matig/geen) | **bijwerkingen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Zijn er andere/nieuwe diagnoses bij u gesteld?
   1. Nee
   2. Ja, namelijk:

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Heeft u ook last van trillen van de armen of andere lichaamsdelen?

- Ja, sinds …..

- Nee

1. Heeft u ook last van trillen van benen / armen in rust?

     - Ja , sinds ….

- Nee

1. Komt Orthostatische Tremor bij u voor in de  familie?

    - Ja, bij …..

- Nee

1. Heeft u verschijnselen die kunnen passen bij:

    - de ziekte van Parkinson

    - parkinsonisme

    - restless legs

    - essentiële tremor

    - andere bewegingsstoornis, nl.

11A) Hoe lang kunt u staan totdat u de tremor voelt opkomen?

     ----- seconden

     ----- minuten

11B) Hoelang kunt u zonder enige steun losstaan, zonder de voeten te verzetten of op te tillen?

----- seconden  
 ----- minuten

1. Beoefent u een sport zo ja, welke?
2. Gaat het lopen goed?

      - Ja

* Nee

1. Valt u wel eens?

      - Ja

* Nee
* Soms

1. Heeft u DBS ondergaan?

- Ja

* Nee

     Zo ja, in welk jaar .....

1. Wat zijn hierin uw ervaringen?
2. Overweegt u DBS?

      - Ja,

* Misschien
* Nee

1. Vind u OT progressief?

      - Ja

* Nee

1. Beïnvloeden andere omstandigheden OT?

     - Stress

- Vermoeidheid

     - of anders …..

1. Heeft weersomstandigheid invloed op OT?

- Ja

- Nee

1. Heeft u last van transpireren?

- Ja

- Nee

1. Heeft u hulp zoals in de huishouding, tuin, etc.?

      - Ja

* Nee

1. Kunt u zelfstandig winkelen?

      - Ja

* Nee

1. Kunt u zelfstandig reizen?

     - Ja

- Nee

1. Hoe uw algemene gezondheid?

1. Hoe beïnvloed OT uw leven?

**Als u dit formulier voor het eerst invult, dan graag de vragen hieronder ook invullen**

1. Op welke leeftijd kreeg u voor het eerst klachten passend bij orthostatische tremor?.........Jaar
2. Op welke leeftijd werd bij u de diagnose gesteld?

…..Jaar

1. Hoe is de diagnose vastgesteld?

- Kliniek (verhaal + lichamelijk onderzoek)

     - Stethoscoop (helikoptergeluid)

- Spiermeting (EMG), indien bekend tremorfrequentie: … Hz

1. Wat waren de eerste OT-verschijnselen die u voelde?
2. Is er een aanvullend  onderzoek gedaan naar een eventuele onderliggende oorzaak?

      - Ja

* Nee

Zo ja, wat is er onderzocht en wat is gevonden?

1. In welk ziekenhuis is de diagnose vastgesteld?
2. Raadpleegt u na de diagnose OT een specialist?

- Ja

- Nee

Geeft u toestemming bovenstaande gegevens geanonimiseerd te verwerken in een publicatie over orthostatische tremor?

- Ja /  Nee

**A.U.B.: GEBRUIK NIET TE LANGE ZINNEN, ZODAT HET BEKNOPT VERWERKT KAN WORDEN.**

Graag retourneren aan Dr. A.F. van Rootselaar, neuroloog

**Postadres:** **Email:**

Amsterdam UMC, locatie AMC [secretariaatknf@amc.uva.nl](mailto:secretariaatknf@amc.uva.nl)

Afd. Klinische Neurofysiologie, D2-110

Postbus 22660

1100 DD  Amsterdam

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Fleur van Rootselaar (neuroloog) en Esther van der Woude (student geneeskunde)

Enquête gebaseerd op vragenlijst op OT-website <https://www.orthostatischetremor.nl/>

Corry de Heus

Gineke Snell