

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?

geen _____ zeer ernstig

Graag op bovenstaande lijn aangeven d.m.v. een streep

2) Hoe erg beperken de OT-klachten u in uw dagelijks leven?

geen _____ zeer ernstig

Graag op bovenstaande lijn aangeven d.m.v. een streep

3) 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

- 4) Indien een wetenschappelijk onderzoek zou starten naar het effect van medicatie voor OT, zou u dan bereid zijn
- uw eigen medicatie enkele keren tijdelijk te stoppen?
Ja / nee Zo
ja, hoe lang : enkele dagen / enkele weken / maakt me niet uit
 - uw huidige medicatie af te wisselen met medicatie die u eerder geslikt heeft?
Ja / nee
 - 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 1^e keer invullen wel graag vraag 27 t/m 33 invullen. Dank!

- 5) Heeft u in het verleden andere medicatie voor orthostatische tremor gebruikt?
- Nee
 - 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.

- Wat is de reden dat u bent gestopt met deze medicatie?

- 6) Heeft u andere therapie/hulpmiddelen en wat is het effect?

Therapie	sinds	Effect (goed/matig/geen)	bijwerkingen

7) Zijn er andere/nieuwe diagnoses bij u gesteld?

a. Nee

b. Ja, namelijk:

.....

8) Heeft u ook last van trillen van de armen of andere lichaamsdelen?

- Ja, sinds
- Nee

9) Heeft u ook last van trillen van benen / armen in rust?

- Ja , sinds
- Nee

10) Komt Orthostatische Tremor bij u voor in de familie?

- Ja, bij
- Nee

11) 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

12) Beoefent u een sport zo ja, welke?

13) Gaat het lopen goed?

- Ja
- Nee

14) Valt u wel eens?

- Ja
- Nee
- Soms

15) Heeft u DBS ondergaan?

- Ja
- Nee
-

Zo ja, in welk jaar

16) Wat zijn hierin uw ervaringen?

17) Overweegt u DBS?

- Ja,
- Misschien
- Nee

18) Vind u OT progressief?

- Ja
- Nee

19) Beïnvloeden andere omstandigheden OT?

- Stress
- Vermoeidheid
- of anders

20) Heeft weersomstandigheid invloed op OT?

- Ja
- Nee

21) Heeft u last van transpireren?

- Ja
- Nee

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

- Ja
- Nee

23) Kunt u zelfstandig winkelen?

- Ja
- Nee

24) Kunt u zelfstandig reizen?

- Ja
- Nee

25) Hoe uw algemene gezondheid?

26) Hoe beïnvloedt OT uw leven?

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

27) Op welke leeftijd kreeg u voor het eerst klachten passend bij orthostatische tremor?.....Jaar

28) Op welke leeftijd werd bij u de diagnose gesteld?
.....Jaar

29) Hoe is de diagnose vastgesteld?

- Kliniek (verhaal + lichamelijk onderzoek)
- Stethoscoop (helikoptergeluid)
- Spiermeting (EMG), indien bekend tremorfrequentie: ... Hz

30) Wat waren de eerste OT-verschijnselen die u voelde?

31) Is er een aanvullend onderzoek gedaan naar een eventuele onderliggende oorzaak?

- Ja
- Nee

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

32) In welk ziekenhuis is de diagnose vastgesteld?

33) 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:

Amsterdam UMC, locatie AMC
Afd. Klinische Neurofysiologie, D2-110
Postbus 22660
1100 DD Amsterdam

Email:

secretariaatknf@amc.uva.nl

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Fleur van Rootselaar (neuroloog) en Jelle Hellemons (student geneeskunde)

Enquête gebaseerd op vragenlijst op OT-website [https://
www.orthostatischetremor.nl/](https://www.orthostatischetremor.nl/)

Corry de Heus
Gineke Snell