

Klachtenanalyse constitutioneel eczeem

Datum

Naam kind(eren) Geboortedatum

Adres Telefoon

Naam en adres behandelaar(s) zoals huisarts, kinderarts, dermatoloog/allergoloog:

- huisarts

- kinderarts

- dermatoloog/
allergoloog

- Komen er in de familie (ouders / grootouders / broertje / zusje / kinderen) klachten voor zoals: astma, bronchitis, emfyseem, hooikoorts, dauwworm, eczeem, (voedsel)allergieën?

ja zoals,

nee
- Wat zijn de belangrijkste klachten?

<input type="checkbox"/> jeuk	<input type="checkbox"/> luchtwegklachten	<input type="checkbox"/> belemmeringen in het dagelijks leven
<input type="checkbox"/> droge / natte huid	<input type="checkbox"/> pijn	<input type="checkbox"/> overige:
<input type="checkbox"/> ontstoken huid	<input type="checkbox"/> slecht slapen	<input type="checkbox"/>
- | | |
|--|---|
| <p>Lokalisatie klachten</p> <p><input type="checkbox"/> hoofd</p> <p><input type="checkbox"/> gezicht</p> <p><input type="checkbox"/> elleboog</p> <p><input type="checkbox"/> knieholten</p> <p><input type="checkbox"/> elders</p> | <p>Aanwezigheid klachten</p> <p><input type="checkbox"/> continu/hele dag</p> <p><input type="checkbox"/> dagelijks klachten</p> <p><input type="checkbox"/> bijna dagelijks (2 – 5x p/w)</p> <p><input type="checkbox"/> periodieke klachten, vooral</p> |
|--|---|
- | | |
|---|--|
| <p>Wanneer nemen de klachten toe?</p> <p>Op welk tijdstip</p> <p><input type="checkbox"/> 's morgens</p> <p><input type="checkbox"/> 's avonds</p> <p><input type="checkbox"/> 's nachts</p> <p><input type="checkbox"/> overdag</p> <p><input type="checkbox"/> bij inspanning zoals</p> | <p>Jaargetijde</p> <p><input type="checkbox"/> voorjaar</p> <p><input type="checkbox"/> zomer</p> <p><input type="checkbox"/> najaar</p> <p><input type="checkbox"/> winter</p> <p><input type="checkbox"/> hele jaar door</p> |
|---|--|
- Heeft u de indruk dat er sprake is van een allergie? ja nee

Zo ja: waarom?

Is er een allergietest gedaan? <input type="checkbox"/> ja, nl.	<input type="checkbox"/> RAST	<input type="checkbox"/> nee
datum allergietest	<input type="checkbox"/> Phadiatop	
waarvoor allergisch	<input type="checkbox"/> huidtest	
- Wordt er gerookt? nee ja: buiten in huis

Zo ja door wie?

een / beide ouders / mezelf

familie / kennissen / anderen, nl.

.....

7. De klachten nemen toe na
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> douchen / baden | <input type="checkbox"/> vaccinaties |
| <input type="checkbox"/> zwemmen | <input type="checkbox"/> tanden krijgen |
| <input type="checkbox"/> emoties / spanning / opwindning | <input type="checkbox"/> weersveranderingen |
| <input type="checkbox"/> sporten | <input type="checkbox"/> |
8. Heeft u medicijnen? ja nee
zo ja; welke medicijnen, hoe vaak (ook vermelden indien medicijnen zonodig gebruikt worden):
.....
.....
9. Zijn er huisdieren in huis: (bijv. vogel / hamster / kat / hond)? ja nee
Zijn er dieren buiten of in de directe omgeving (paarden / kippen / volière / koeien / schapen / geiten / duiven / hondenhok)? ja nee
10. Wat doet u in eerste instantie bij klachten?
 kind rustig maken en laten ontspannen zelf rustig blijven
 medicijnen geven oorzaak weghalen
11. Hoe voelt u zich bij klachten (van uw kind)?
 machteloos kwaad rustig schuldig bang
12. Wat doet u om de klachten (van uw kind) te voorkomen?
 actiever hormoonzalf smeren
 actiever neutrale zalf smeren
 minder douchen
 anders eten
 niet mee laten doen met gym / inspanning vermijden
13. Krijgt u voldoende steun opvang of is er begrip voor uw situatie van
 uw gezin school / crèche / leerkrachten
 familie andere ouders
 vrienden / kennissen
14. Krijgt u wel eens ongevraagde adviezen? Hoe gaat u daarmee om?
 ik voer ze uit ik negeer ze

Neemt u altijd alle zalven / medicatie mee naar het spreekuur van de verpleegkundige.