

Patiënt HIS-nummer:

SeMaS: Self Management Screening

Invuldatum-.....-..... (dd-mm-jjjj)

Geboortedatum-.....-..... (dd-mm-jjjj)

Geslacht

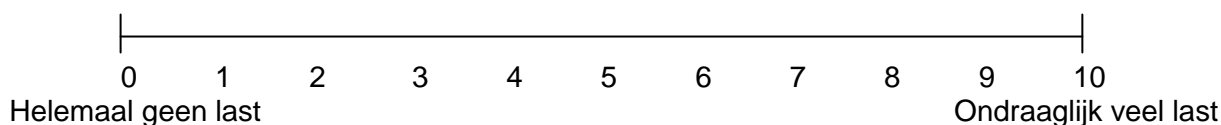
- Man
 Vrouw

1. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigenschrift)

- L Geen opleiding (voltooid)
 L Lagere school/basisonderwijs
 L Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LEAO, LHNO)
 M (M)ulo, MAVO
 M Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO, MDS, MBO)
 H Havo, HBS, VWO, Atheneum, Gymnasium, MMS, Lyceum
 H Hoger beroeps onderwijs (HBO) of wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
 Anders, nl _____

2. Geef met een kruisje op onderstaande lijn antwoord op de volgende vraag:

Hoeveel last ervaart u meestal van uw ziekte(n)?



Totaal FS	
------------------	--

Kruis hieronder per vraag het hokje aan dat staat voor het meest passende antwoord.

		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	Item Score
3.	Ik heb goede computervaardigheden (bijv. zoeken op google, e-mail)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.	Ik functioneer goed in groepen (collega's, andere patiënten etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
5.	Ik ben bereid om aan zelfzorg te doen (bloeddruk meten, wegen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	
6.	Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
7.	Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
8.	Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
					Totaal LOC	

		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	
9.	Ik denk dat ik in staat ben om op een gezonde manier te leven (bijv. gezond eten, voldoende bewegen, niet roken)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
10.	Als ik mij daarvoor inzet, lukt het mij om op een gezonde manier te leven (bijv. gezond eten, voldoende bewegen, niet roken)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
					Totaal EE	

11.	Ik heb de volgende personen in mijn omgeving:	Deze personen zijn behulpzaam wanneer ik gezondheidsproblemen heb					
			Volledig onjuist	Enigszins onjuist	Enigszins juist	Volledig juist	
	Echtgenoot/partner <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Kinderen <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Andere familieleden <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Buren <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Vrienden/kennissen <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Collega's <input type="checkbox"/> Nee	Ja ->	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
					Totaal SS		

Wanneer mensen problemen of onplezierige gebeurtenissen tegenkomen, reageren mensen over het algemeen wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Geef achter iedere zin aan **hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert** als u te maken krijgt met problemen of onplezierige gebeurtenissen.

		Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak of voortdurend	Item Score
12.	Ik denk aan andere dingen die niet met het probleem te maken hebben (bijv. boos, verdrietig)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
13.	Ik toon mijn gevoelens (bijv. boos, verdrietig)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
14.	Ik probeer mij op een of andere manier prettiger te voelen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
15.	Ik bedenk verschillende mogelijkheden om een probleem op te lossen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
16.	Ik zoek afleiding	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
17.	Ik zoek troost en begrip	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
18.	Ik ga doelgericht te werk om een probleem op te lossen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
19.	Ik laat merken dat ik ergens mee zit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
20.	Ik grijp direct in als er moeilijkheden zijn	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
						Totaal COP-P: 15+18+20	
						Totaal COP-E: 13+17+19	
						Totaal COP-A: 12+14+16	

Bij de volgende vragen gaat het steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Geef per klacht aan hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

		Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak of voortdurend	Item Score
Ik had de afgelopen week last van:							
21.	angst- of paniekaanvallen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Ik had de afgelopen week:							
22.	angst om alleen het huis uit te gaan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Ik was de afgelopen week:							
23.	angstig voor iets waarvoor ik helemaal niet bang zou hoeven te zijn (bijv. dieren, hoogten, kleine ruimten)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
24.	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
						Totaal ANG	

Ik had de afgelopen week het gevoel:						
25.	dat ik nergens meer plezier in kan hebben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
26.	dat alles zinloos is	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
27.	dat het leven niet de moeite waard is	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
						Totaal DEP