

**Vragenlijst voor genetisch onderzoek naar auto-inflammatoire aandoeningen**

Patientgegevens				
Naam patiënt		M/ V		Geboortedatum
Data	Datum van begin klachten			Datum van klinische diagnose
Klinische diagnose	<input type="checkbox"/> Ziekte van Behcet <input type="checkbox"/> Blauu syndroom <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> CRMO <input type="checkbox"/> DIRA <input type="checkbox"/> FMF <input type="checkbox"/> MKD <input type="checkbox"/> NALP12-gerelateerde aandoening <input type="checkbox"/> PAPA syndroom <input type="checkbox"/> PFAPA syndroom <input type="checkbox"/> TRAPS <input type="checkbox"/> Ongespecificeerde ontstekingsziekte			
Gendiagnostiek elders gedaan	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <i>[Naam/plaats ziekenhuis.....]</i>			
Comorbiditeit <i>[Waarvoor contact met specialist]</i>				
Familie				
Consanguiniteit <i>[zo ja, specificieer]</i>	<input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja:.....			
Ethniciteit moeder	<input type="checkbox"/> Caucasisch <input type="checkbox"/> Negroïd <input type="checkbox"/> Noord-Afrikaans <input type="checkbox"/> Turks <input type="checkbox"/> Armeens <input type="checkbox"/> Joods <input type="checkbox"/> Aziatisch <i>[land:.....]</i> <input type="checkbox"/> overig ..... <input type="checkbox"/> onbekend			
Ethniciteit vader	<input type="checkbox"/> Caucasisch <input type="checkbox"/> Negroïd <input type="checkbox"/> Noord-Afrikaans <input type="checkbox"/> Turks <input type="checkbox"/> Armeens <input type="checkbox"/> Joods <input type="checkbox"/> Aziatisch <i>[land:.....]</i> <input type="checkbox"/> overig ..... <input type="checkbox"/> onbekend			
Aangedane familieleden	Vader	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend		
	Moeder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend		
	Broers	Aantal aangedaan:	Totaal aantal broers:	
	Zussen	Aantal aangedaan:	Totaal aantal zussen:	
	Overige aangedane familieleden			
Ziekte-episoden				
Ziekte	<input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> aanvalsgewijs <input type="checkbox"/> onbekend			
Aanvallen	Aanvalsduur	<i>dagen</i>	Aanvalsfrequentie	<i>per jaar</i>
Aanvalsvrije intervallen	<input type="checkbox"/> regelmatig <input type="checkbox"/> onregelmatig <input type="checkbox"/> onbekend			
Koorts (>38 °C)	<input type="checkbox"/> bij elke aanval <input type="checkbox"/> bij sommige aanvallen <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> onbekend			
Koude rillingen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend			
Uitlokkende factoren	<input type="checkbox"/> emotie <input type="checkbox"/> kou <input type="checkbox"/> vaccinatie <input type="checkbox"/> infectie <input type="checkbox"/> inspanning <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> eten <input type="checkbox"/> menstruatie <input type="checkbox"/> vermoeidheid <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> onbekend			
Symptomen				
Huid en slijmvliezen	<input type="checkbox"/> stomatitis <input type="checkbox"/> pharyngitis <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> acné <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> g.b. <input type="checkbox"/> onbekend			
Bewegingsapparaat	<input type="checkbox"/> myalgie <input type="checkbox"/> arthralgie <input type="checkbox"/> botpijn <input type="checkbox"/> tendinitis <input type="checkbox"/> arthritis <i>[plaats&amp;aantal].....</i> <input type="checkbox"/> bot-aantasting <i>[specificeer].....</i> <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> g.b. <input type="checkbox"/> onbekend			
Oog	<input type="checkbox"/> conjunctivitis <input type="checkbox"/> uveitis <input type="checkbox"/> periorbitaal oedeem <input type="checkbox"/> papiloedeem <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> onbekend			
Gastro-intestinaal	<input type="checkbox"/> obstipatie <input type="checkbox"/> diarree <input type="checkbox"/> buikpijn <input type="checkbox"/> peritonitis <input type="checkbox"/> braken <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> g.b. <input type="checkbox"/> onbekend			
Lymfoïde organen	Lymfekliervergroting	<input type="checkbox"/> cervicaal <input type="checkbox"/> gegeneraliseerd <input type="checkbox"/> geen opgezette klieren <input type="checkbox"/> onbekend		
	Lymfeklieren	<input type="checkbox"/> wel pijnlijk <input type="checkbox"/> niet pijnlijk <input type="checkbox"/> onbekend		
	Organomegalie	<input type="checkbox"/> hepatomegalie <input type="checkbox"/> splenomegalie <input type="checkbox"/> geen organomegalie <input type="checkbox"/> onbekend		
Cardio-respiratoir	<input type="checkbox"/> pleuritis <input type="checkbox"/> pericarditis <input type="checkbox"/> pneumonie <input type="checkbox"/> overig..... <input type="checkbox"/> g.b. <input type="checkbox"/> onbekend			

<b>Neurologisch</b>	<input type="checkbox"/> hoofdpijn <input type="checkbox"/> aseptische meningitis <input type="checkbox"/> encefalitis <input type="checkbox"/> optische neuritis <input type="checkbox"/> hersenzenuwuitval <input type="checkbox"/> convulsies <input type="checkbox"/> overig..... o g.b.      o onbekend							
<b>Urino-genitaal</b>	<input type="checkbox"/> acut scrotum <input type="checkbox"/> overig..... o g.b.      o onbekend							
<b>Constitutioneel</b>	<input type="checkbox"/> vermoeidheid <input type="checkbox"/> malaise <input type="checkbox"/> stemmingsstoornissen <input type="checkbox"/> failure to thrive      o g.b.      o onbekend							
<b>Complicaties/ Blijvende symptomen</b>	<input type="checkbox"/> contracturen <input type="checkbox"/> visusverlies <input type="checkbox"/> gehoorsverlies <input type="checkbox"/> amyloidose <input type="checkbox"/> hydrocephalus <input type="checkbox"/> mentale retardatie <input type="checkbox"/> overig..... o geen      o onbekend							
<b>Groei en ontwikkeling</b>	Lengte Datum:	<i>Cm</i>	Gewicht Datum:	<i>kg</i>				
	Tanner Stadium	M/G:      P: o onbekend	Vertraagde botleeftijd	o ja      o nee o onbekend				
<b>Onderzoeken</b>								
<b>Labwaarden</b> <i>[geef maximale waarde bij actieve ziekte + datum]</i>	BSE		CRP		Leucocyten		IgD	
	Datum		Datum		Datum		Datum	
	Overige opvallende Labafwijkingen Datum							
<b>Urine onderzoek</b> <i>[Geef maximale waarde bij actieve ziekte + datum]</i>	Erytro- cyten Datum		Eiwit Datum		Mevalonzuur- excretie Datum			
<b>Overige onderzoeken</b> <i>[geef locatie en omschrijving van de afwijking + datum]</i>	Beeldvorming Datum							
	Histologie		Datum:					
	Audiogram		Datum:					
	Fundoscopie		Datum:					
	Liquor		Datum:					
	Overig		Datum:					
<b>Medicatie</b> <i>[geef generieke naam medicijn]</i>	<b>Begin en einddata inname</b> <i>[B=begin E=eind]</i>	<b>Inname</b>	<b>Remissie bereikt</b>	<b>Bijwerkingen</b> <i>[Zo ja, specificieer]</i>				
<input type="checkbox"/> NSAIDs Naam:.....	B:..... E:.....	o continu o tijdens aanval	o compleet o partieel o gefaald	o Nee o Ja:				
<input type="checkbox"/> Colchicine	B:..... E:.....	o continu o tijdens aanval	o compleet o partieel o gefaald	o Nee o Ja:				
<input type="checkbox"/> Steroiden Naam:.....	B:..... E:.....	o continu o tijdens aanval	o compleet o partieel o gefaald	o Nee o Ja:				
<input type="checkbox"/> Overig Naam:.....	B:..... E:.....	o continu o tijdens aanval	o compleet o partieel o gefaald	o Nee o Ja:				
<input type="checkbox"/> Overig Naam:.....	B:..... E:.....	o continu o tijdens aanval	o compleet o partieel o gefaald	o Nee o Ja:				
<b>Opmerkingen</b>								
<b>Afsluiting</b>								
Naam arts					Datum			

## Gebruik vragenlijst voor genetisch onderzoek naar auto-inflammatoire aandoeningen

### Aankruisvakjes

In deze vragenlijst wordt gebruik gemaakt van vierkante en ronde aankruismogelijkheden. Bij een vierkantje zijn er meerdere opties mogelijk: u kunt meer dan één vakje aankruisen. *Voorbeeld:*  *hepatomegalie*  *splenomegalie*  
Bij een rondje is het het één of het ander: u moet dus één van beide rondjes aankruisen. *Voorbeeld:* *o ja o nee*

### Overig

Verder staat bij bijna alle keuzes de optie 'overig'. Wanneer uw patiënt een symptoom heeft dat niet op de vragenlijst voorkomt, kruis dan het vakje 'overig' aan en schrijf erachter om welk symptoom het gaat.

### Diagnoses

Hierbij de afkortingen van de diagnoses, vermeld in de vragenlijst.

CAPS: cryopyrin-associated periodic syndromes. Verzamelnaam voor:

-CINCA (chronic infantile neurological cutaneous and articular syndrome, ook wel bekend als neonatal-onset multisystem inflammatory disease, NOMID)

-MWS (Muckle-Wells syndrome) en

-FCAS (familial cold autoinflammatory syndrome)

CRMO: chronic recurrent multifocal osteomyelitis. Hierbij mag ook de chronische non-bacteriële osteomyelitis en osteïtis meegenomen worden.

DIRA: deficiency of interleukine-1 receptor antagonist.

FMF: familial Mediterranean fever

MKD: mevalonate kinase deficiency, inclusief HIDS (hyper IgD syndrome)

PAPA syndroom: pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum and acne syndrome

TRAPS: TNF-receptor associated periodic syndrome

Periodieke koorts e.c.i.: hieronder vallen alle periodieke koortssyndromen zonder duidelijke oorzaak, waaronder het PFAPA-syndroom.