**Vragenlijst QRNS: SAB**

Items die **vet** gedrukt zijn, zijn verplicht in te vullen vragen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificatie | | | |
| **Achternaam (of pat.nr.)** |  | **Opnamedatum in centrum** | (dd/mm/jjjj) |
| Voorletters + Tussenvoegsels |  | **Geboortedatum (dd/mm/jjjj)** | (dd/mm/jjjj) |
| Geslacht [Man] [Vrouw] |  | **Patiëntnummer in kliniek** |  |

**Voorgeschiedenis, Opname/klinische status, Diagnostiek**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Voorgeschiedenis | | |
| **Eerdere behandeling voor SAB?** [Nee] [Ja] [Onbekend] | | |
| **Hypertensie in voorgeschiedenis**? [Nee] [Ja] [Onbekend] | | |
| **Myocard infarct in voorgeschiedenis**? [Nee] [Ja] [Onbekend] | | |
|  | | |
| Opname / klinische status | | |
| **Datum en tijdstip ICTUS?**  **(indien niet bekend een schatting geven)** | (dd/mm/jjjj) | (uu:mm ) |
| Opname primaire centrum en tijdstip presentatie primaire centrum (indien van toepassing) | (dd/mm/jjjj) | (uu:mm) |
| **Opname en tijdstip presentatie in behandelcentrum** | (dd/mm/jjjj) | (uu:mm) |
| **Hunt en Hess gradering?** [Asymptomatisch, milde hoofdpijn, lichte nekstijfheid] [Matige tot ernstige hoofdpijn, nekstijfheid]  [Verwardheid/lethargie of lichte focale neurologische uitval] [Stupor en/of matig tot ernstige hemiparese]  [Comateus met strekneiging] [Onbekend] | | |
| **WFNS?** [I GCS 15; geen motorische uitval] [II GCS 14-13; geen motorische uitval] [III GCS 14-13; motorische uitval]  [IV 12-7; wel of geen motorische uitval] [V GCS 6-3; wel of geen motorische uitval] [Onbekend] | | |
|  | | |
| Diagnostiek | | |
| **Hoeveelheid bloed** [Geen SAB of IVH] [Focaal of diffuus dun SAB en geen IVH] [Focaal of diffuus dun SAB, met IVH]  [Focaal of diffuus dik SAB en geen IVH] [Focaal of diffuus dik SAB met IVH] | | |
| **Parenchymaal bloed** [Nee] [Ja] | | |
| **Subduraal bloed** [Nee] [Ja] | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conclusie | | | | |
| **Definitieve diagnose?** [Aneurysmatische SAB] [Perimesencefale SAB] [Angionegatieve SAB]  [Secundair positief] [Anders] [Onbekend] | | | | |
| Locatie van het gebloedde aneurysma [A. communicans anterior (Acomm)] [A. cerebri anterior (ACA)] [A. Pericallosa]  [A. communicans posterior (PComm)] [A. cerebri posterior (PCA)] [A. cerebri media (MCA)] [A. carotis interna(ACI)]  [(para) Opthalmische a.] [A. basilaris] [A. cerebella superior (SCA)] [A. cerebelli inferior anterior (AICA)]  [A. cerebelli inferior posterior (PICA)] [A. vertebralis] [A.choroidea anterior] [Anders] [Onbekend] | | | | |
| Zijde van het aneurysma [Links] [Rechts] [Midden] [Beiderzijds] [Onbekend] [Anders] | | | | |
| **Vorm van het aneurysma** [Sacculair] [Niet-sacculair (fusiform/dissectie)] [Anders] [Onbekend] [n.v.t.] | | | | |
| **Rebleed voor behandeling** [Nee] [Ja} [N.v.t.] | | | | |
| Indien ja, wijze vaststelling: [Klinisch] [CT bewezen] | | | | |
| Datum en tijdstip rebleed | (dd/mm/jjjj) | | uu:mm | |
|  | | | | |
| Behandeling | | | | |
| **Indien “geen behandeling” aangekruist, ga verder naar Additionele interventie of Ontslag/overplaatsing**  Behandeling aneurysma [Geen behandeling] [Coilen] [Clippen] [Coilen plus stent] [Flow Diverter]  [Web] [Bypass] [Parent Vessel occlusie] [ Anders] [n.v.t.]  Ziekenhuis waar de behandeling heeft plaatsgevonden [Academisch Medisch Centrum Amsterdam]  [Leids Universitair Medisch Centrum] [VU Medisch Centrum Amsterdam] [Universitair Medisch Centrum Utrecht]  [Maastricht UMC] [RadboudUMC] [Erasmus Medisch Centrum Rotterdam] [Universitair Medisch Centrum Groningen]  [Haaglanden MC Den Haag] [Isala] [Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar] [ETZ Elisabeth Tilburg] | | | | |
| **Datum en begintijd behandeling aneurysma \*** | | (dd/mm/jjjj) | | uu:mm |
| Additionele interventie? *(Meerdere antw. mogelijk)* [Geen] [Hematoomevacuatie] [Decompressieve craniectomie]  [Externe ventrikeldrain] [Aanvullende coiling/clipping] | | | | |
| Per-procedurele bijzonderheden opgetreden? [Nee] [Ja] [Onbekend] | | | | |
| Ruptuur van aneurysma [Nee] [Ja] | | | | |
| Ischemie [Nee] [Ja] | | | | |
| Trombusvorming [Nee] [Ja] | | | | |
| Dissectie [Nee] [Ja] | | | | |
| Beloop | | | | |
| Liquordrainage? [Nee] [Ja] | | | | |
| EVD geplaatst? [Nee] [Ja] | | | | |
| ELD geplaatst? [Nee] [Ja] | | | | |
|  | | | | |
| Delayed Cerebral Ischemia [Nee] [Ja] [Onbekend] | | | | |
|  | | | | |

\* Niet verplicht indien “geen behandeling” en “nvt” is aangekruist.

|  |  |
| --- | --- |
| Ontslag / overplaatsing / overlijden | |
| **Is patiënt overleden tijdens opname?** [Nee] [Ja] [Onbekend] | |
| **Indien ja, datum overlijden** | (dd/mm/jjjj) |
| **Indien nee, locatie na ontslag?** [Huis] [Ander ziekenhuis] [Revalidatiecentrum] [Verpleeghuis] [Hospice] [Anders] [Onbekend] | |

**Vragenlijst QRNS: SAB Follow up**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Follow Up SAB | | | | |
| VPD geplaatst? [Nee] [Ja] | | | | |
| LPD geplaatst? [Nee] [ Ja] | | | | |
| **Is patiënt overleden**  (alleen invullen als de patiënt is overleden tussen ontslag en geplande 6 mnds controle)? [Ja] [Nee]  [Onbekend] [N.v.t.\*] [Definitief onbekend “lost to folow up” \*] | | | | |
| Indien Nee of Onbekend bij vraag patiënt overleden: | | | | |
| **Datum controle na 6 maanden na SAB** | | |  | (dd/mm/jjjj) |
| **Rebleed na behandeling?** [Nee] [Ja] [Onbekend] | | | | |
| **Heeft radiologische controle van het aneurysma plaatsgevonden?** [Geen] [MRA] [DSA] [CTA] [Onbekend] [N.v.t.] | | | | |
| Datum controle |  |  | | (dd/mm/jjjj) |
| **Mate occlusie** [Nee, geen occlusie (0%)] [Nee, gedeeltelijke occlusie] [Ja, volledige occlusie (100%)]  [N.v.t. / niet uitgevoerd][Onbekend] | | | | |
| **Modified Rankin Scale?** 0. [Geen symptomen]  1. [Geen significante beperkingen, kan ondanks symptomen alle gebruikelijke werkzaamheden en activiteiten uitvoeren]  2. [Geringe beperkingen, kan niet alle activiteiten zelfstandig uitvoeren, die voorheen mogelijk waren, maar is zelfredzaam]  3. Matige beperkingen; enige hulp vereist, maar kan zonder hulp lopen]  4. [Matig ernstige beperkingen; kan niet zonder hulp lopen en kan de lichamelijke verzorging niet zonder hulp uitvoeren]  5. [Ernstige beperkingen; bedlegerig, incontinent en constant aandacht en zorg behoevend]  . [N.v.t., niet uitgevoerd] [Onbekend] | | | | |
| **Datum MRS** |  | |  | (dd/mm/jjjj) |

\* Indien “niet van toepassing” en “definitief onbekend” worden aangekruist, zullen de overige vragen van de follow-up niet meer worden getoond en wordt de follow up op volledig gezet.