

Boston Carpal Tunnel

De volgende vragen hebben betrekking op uw klachten die u gedurende een gebruikelijke dag en nacht ervaren heeft in de afgelopen twee weken **(omcirkel een antwoord voor elke vraag)**

LINKS / RECHTS (omcirkel om welke hand het gaat)

Hoe ernstig is de pijn in uw hand of pols 's nachts ?

1. Ik heb 's nachts geen pijn in mijn hand of pols
2. Lichte pijn
3. Matige pijn
4. Ernstige pijn
5. Zeer ernstige pijn

Hoe vaak werd u wakker van de pijn in uw hand of pols gedurende een gebruikelijke nacht in de afgelopen twee weken ?

1. Nooit
2. Een keer
3. Twee of drie keer
4. Vier of vijf keer
5. Meer dan vijf keer

Heeft u overdag pijn in uw hand of pols ?

1. Ik heb nooit pijn overdag
2. Ik heb lichte pijn overdag
3. Ik heb matige pijn overdag
4. Ik heb hevige pijn overdag
5. Ik heb zeer hevige pijn overdag

Hoe vaak heeft u overdag pijn in uw hand of pols ?

1. Nooit
2. Een of twee keer per dag
3. Drie tot vijf keer per dag
4. Meer dan vijf keer per dag
5. De pijn is constant aanwezig

Hoe lang houdt de pijn die u overdag heeft gemiddeld aan ?

1. Ik heb geen pijn overdag
2. Minder dan 10 minuten
3. 10 minuten tot een uur
4. meer dan een uur
5. De pijn is constant aanwezig overdag

Heeft u een verminderd, doof gevoel in uw hand ?

1. Nee
2. Ja, ik heb een licht verdoofd gevoel
3. Ja, ik heb een matig verdoofd gevoel
4. Ja, ik heb een ernstig verdoofd gevoel
5. Ja, ik heb een zeer ernstig verdoofd gevoel

Heeft u minder kracht in uw hand of pols ?

1. Nee, geen krachtsvermindering
2. Ja, lichte krachtsvermindering
3. Ja, matige krachtsvermindering
4. Ja, ernstige krachtsvermindering
5. Ja, ernstige krachtsvermindering

Heeft u tintelingen in uw hand ?

1. Nee, geen tintelingen
2. Ja, lichte tintelingen
3. Ja, matige tintelingen
4. Ja, ernstige tintelingen
5. Ja, zeer ernstige tintelingen

Hoe ernstig is het verdoofd gevoel of de tintelingen 's nachts ?

1. Ik heb geenverdoofd gevoel of tintelingen 's nachts
2. Licht
3. Matig
4. Ernstig
5. Zeer ernstig

Hoe vaak werd u wakker van een verdoofd gevoel of tintelingen in uw hand gedurende een gebruikelijke nacht in de afgelopen twee weken ?

1. Nooit
2. Een keer
3. Twee of drie keer
4. Vier of vijf keer
5. Meer dan vijf keer

Heeft u problemen bij het oppakken en hanteren van kleine voorwerpen zoals sleutels of pennen?

1. Nee, geen problemen
2. Ja, lichte problemen
3. Ja, matige problemen
4. Ja, ernstige problemen
5. Ja, zeer ernstige problemen

Heeft u op een gebruikelijke dag gedurende de afgelopen twee weken problemen ondervonden bij het uitvoeren van ondergenoemde activiteiten? Omcirkel het getal dat uw problemen om de activiteit uit te voeren het beste omschrijft.

Activiteit	Geen Problemen	Lichte Problemen	Matige Problemen	Ernstige Problemen	Kan activiteit niet uitvoeren Door hand- of polsklachten
Schrijven	1	2	3	4	5
Dichtknopen van kleding	1	2	3	4	5
Vasthouden boek bij lezen	1	2	3	4	5
Oppakken van telefoon	1	2	3	4	5
Openen van potdeksels	1	2	3	4	5
Huishoudelijke taken	1	2	3	4	5
Tillen van boodschappentas	1	2	3	4	5
Douchen,baden,aankleden	1	2	3	4	5