

Medtronic

Elke dag, elke stap

Mijn  
pijndagboek

# Uw gegevens

Naam:

---

Geslacht:

---

Leeftijd:

---

Ziekenhuis:

---

Afdeling:

---



Meer controle  
over uw pijn kan  
zorgen voor een  
betere kwaliteit  
van leven.<sup>1-3</sup>

## Hoe kan het dagboek u helpen?

Met behulp van dit pijndagboek kunt u makkelijk en duidelijk belangrijke informatie voor uw arts vastleggen over hoe u uw pijn ervaart. Aan de hand van deze informatie kan uw arts uw pijnbehandeling zo goed mogelijk op uw persoonlijke situatie afstemmen.

Houd dit pijndagboek de komende vier weken zorgvuldig bij. Geef het dagboek na afloop van deze vier weken aan uw arts of verpleegkundige bij uw eerstvolgende afspraak.

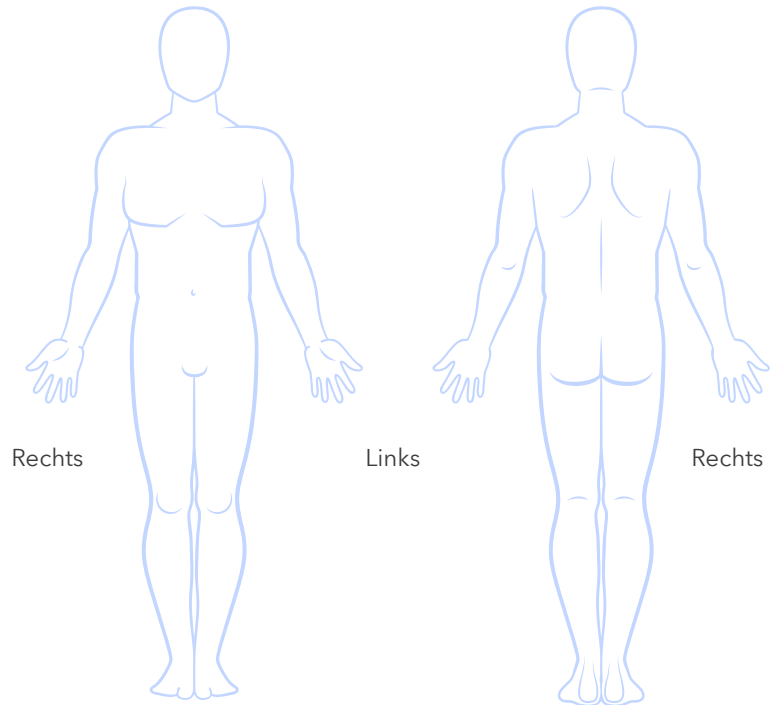
Hoewel het bijhouden van een pijndagboek in het begin misschien ingewikkeld of vervelend lijkt, zult u na een paar dagen merken dat het weinig tijd en moeite kost. Neem bij problemen of vragen contact op met uw arts of verpleegkundige. Zij kunnen u verder helpen.

# Lokalisatie van de pijn

Vink een of meerdere vakjes aan

- |                                          |                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoofd           | <input type="checkbox"/> Onderbuik               |
| <input type="checkbox"/> Gezicht         | <input type="checkbox"/> Bovenrug                |
| <input type="checkbox"/> Kaak            | <input type="checkbox"/> Onderrug                |
| <input type="checkbox"/> Hals            | <input type="checkbox"/> Bekken                  |
| <input type="checkbox"/> Rechterschouder | <input type="checkbox"/> Rechterheup             |
| <input type="checkbox"/> Linkerschouder  | <input type="checkbox"/> Linkerheup              |
| <input type="checkbox"/> Rechterarm      | <input type="checkbox"/> Bij de geslachtsorganen |
| <input type="checkbox"/> Linkerarm       | <input type="checkbox"/> Rechterheup             |
| <input type="checkbox"/> Rechterhand     | <input type="checkbox"/> Linkerbeen              |
| <input type="checkbox"/> Linkerhand      | <input type="checkbox"/> Rechtervoet             |
| <input type="checkbox"/> Borst           | <input type="checkbox"/> Linkervoet              |
| <input type="checkbox"/> Bovenbuik       |                                                  |

Geef aan op het plaatje waar u pijn heeft



# Kenmerken van de pijn

Vink een of meerdere vakjes aan

---

- |                                                                   |                                                                            |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Snijdend                                 | <input type="checkbox"/> Stekend                                           | <input type="checkbox"/> Brandend |
| <input type="checkbox"/> Tintelend                                | <input type="checkbox"/> Knellend                                          | <input type="checkbox"/> Borend   |
| <input type="checkbox"/> Irriterend                               | <input type="checkbox"/> Kloppend                                          | <input type="checkbox"/> Prikkend |
| <input type="checkbox"/> Scheurend (alsof de huid<br>openscheurt) | <input type="checkbox"/> Schietend (alsof er messen<br>in worden gestoken) | <input type="checkbox"/> Jeukend  |
| <input type="checkbox"/> Anders                                   |                                                                            |                                   |
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

# Andere problemen die gepaard gaan met de pijn of met de medicatie

Vink een of meerdere vakjes aan

---

- |                                                   |                                          |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angst                    | <input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid |
| <input type="checkbox"/> Verstopping (obstipatie) | <input type="checkbox"/> Maagklachten    |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid             | <input type="checkbox"/> Misselijkheid   |
| <input type="checkbox"/> Slapeloosheid            | <input type="checkbox"/> Overgeven       |
| <input type="checkbox"/> Anders                   |                                          |
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

# Medicatie

**Noteer hier welke voorgeschreven pijnmedicatie u dagelijks gebruikt.**

Tijdstip:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

**Noteer hier alle andere pijnmedicatie die u soms of heel zelden gebruikt.**

	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

# Hoe u het pijndagboek gebruikt

1

**U moet eerst verschillende keren per dag invullen hoe erg de pijn is die u ervaart.** U doet dit door uw pijn een cijfer te geven tussen nul en tien: 'nul' betekent dat u geen pijn heeft en 'tien' is de meest verschrikkelijke pijn die u zich kunt voorstellen. Doe dit minstens zes keer per dag, verspreid over de dag (tweemaal in de ochtend, tweemaal in de middag en tweemaal 's avonds). Op de volgende bladzijde ziet u een voorbeeld hiervan.

2

**Als u gedurende de dag doorbraakmedicatie (medicijnen voor onvoorspelbare doorbraakpijn) gebruikt om uw pijn te verlichten, is het belangrijk dat u dit in het dagboek noteert.** Dus als u gedurende de dag extra medicatie gebruikt naast uw dagelijkse medicijnen, is het belangrijk de naam van deze extra medicatie te vermelden, net als de manier van toediening: intramusculair (in een spier), intraveneus (in een ader), intrathecaal (in de vloeistof rond het ruggenmerg), oraal (via de mond), topisch (lokaal/plaatselijk), subcutaan (onder de huid), enz.), plus de dosering en de tijd waarop u deze medicatie heeft gebruikt. Het is ook belangrijk om, nadat u deze extra medicatie heeft gebruikt, de mate waarin u pijn ervaart in te vullen volgens de instructies in het vorige gedeelte.

3

**Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.** Het is ook van belang in te vullen wat de gevolgen (geen, matig, of ernstig) waren van de pijn op het uitvoeren van uw dagelijkse bezigheden (uzelf wassen, drinken, eten, slapen, bewegen, enz.).

**Tot slot kunt u in het gedeelte voor opmerkingen eventuele andere informatie toevoegen die u belangrijk vindt. U kunt hier bijvoorbeeld aangeven wat uw houding was (liggend, staand, zittend, enz.) toen de pijn het meest hevig of ernstig was.**

**Al deze informatie kan uw arts helpen om meer inzicht te krijgen in de kenmerken en ontwikkeling van de pijn die u voelt. Op deze manier kan uw arts uw pijnbehandeling zo goed mogelijk aanpassen aan uw persoonlijke situatie.**

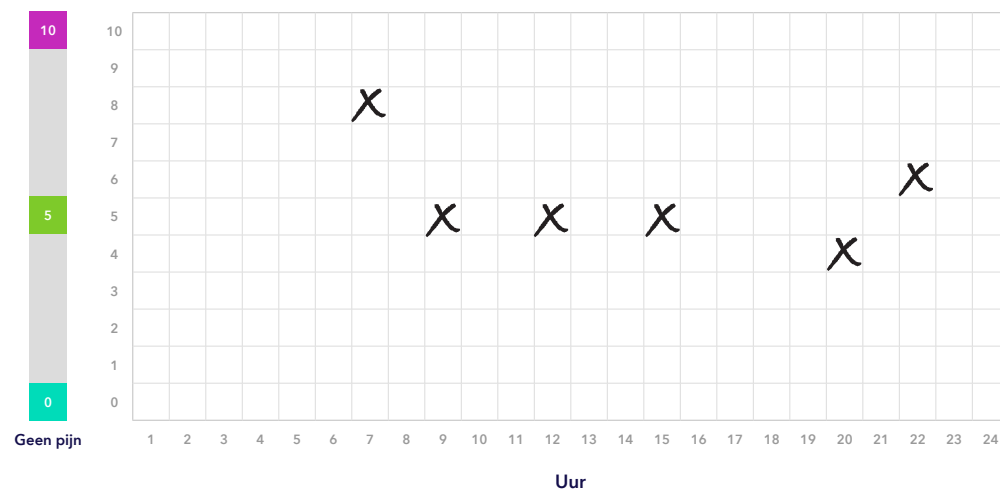
# Voorbeeld

Dag 1

Dag van de week: Maandag

Datum: 23 maart 2022

Ergste pijn



In dit geval voelde de patiënt zeer veel pijn om 7 uur 's ochtends,  
en was de pijn om 8 uur 's avonds minder erg.

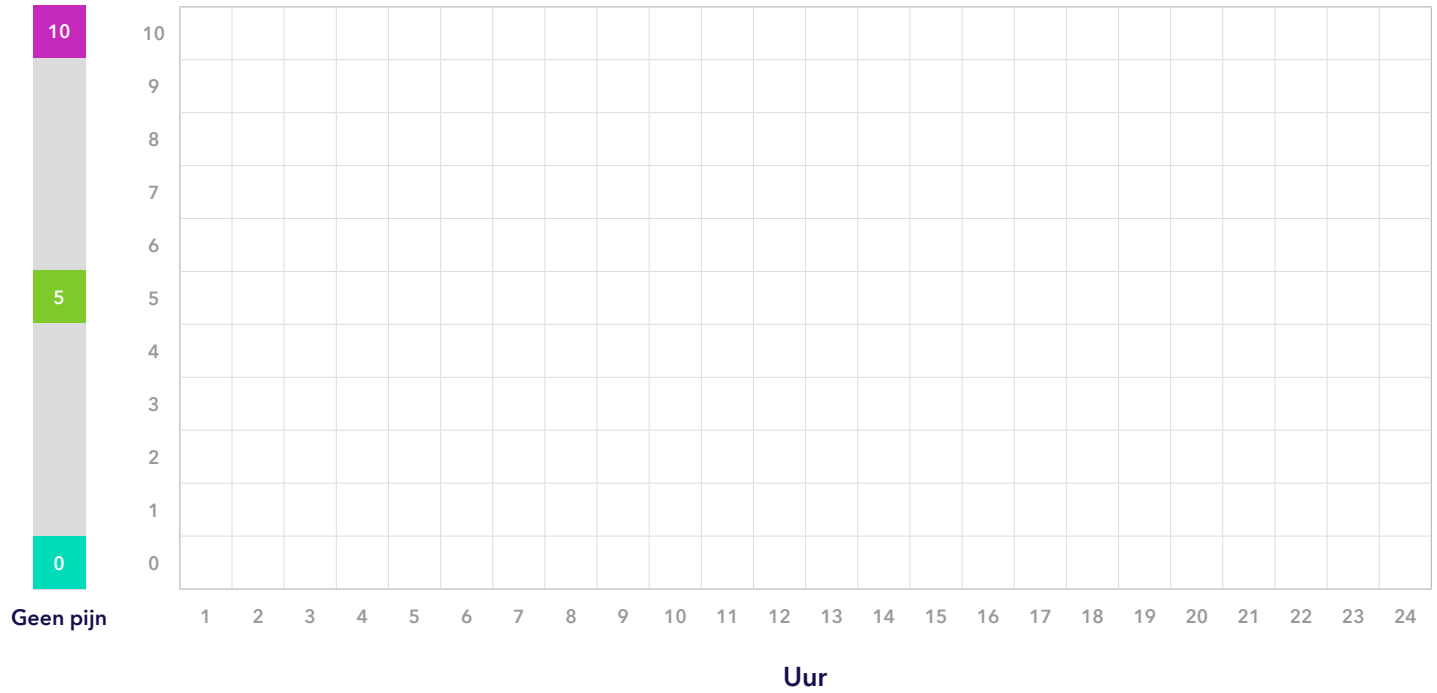


# Dag 1

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Geen pijn

Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


Rust



Actief



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

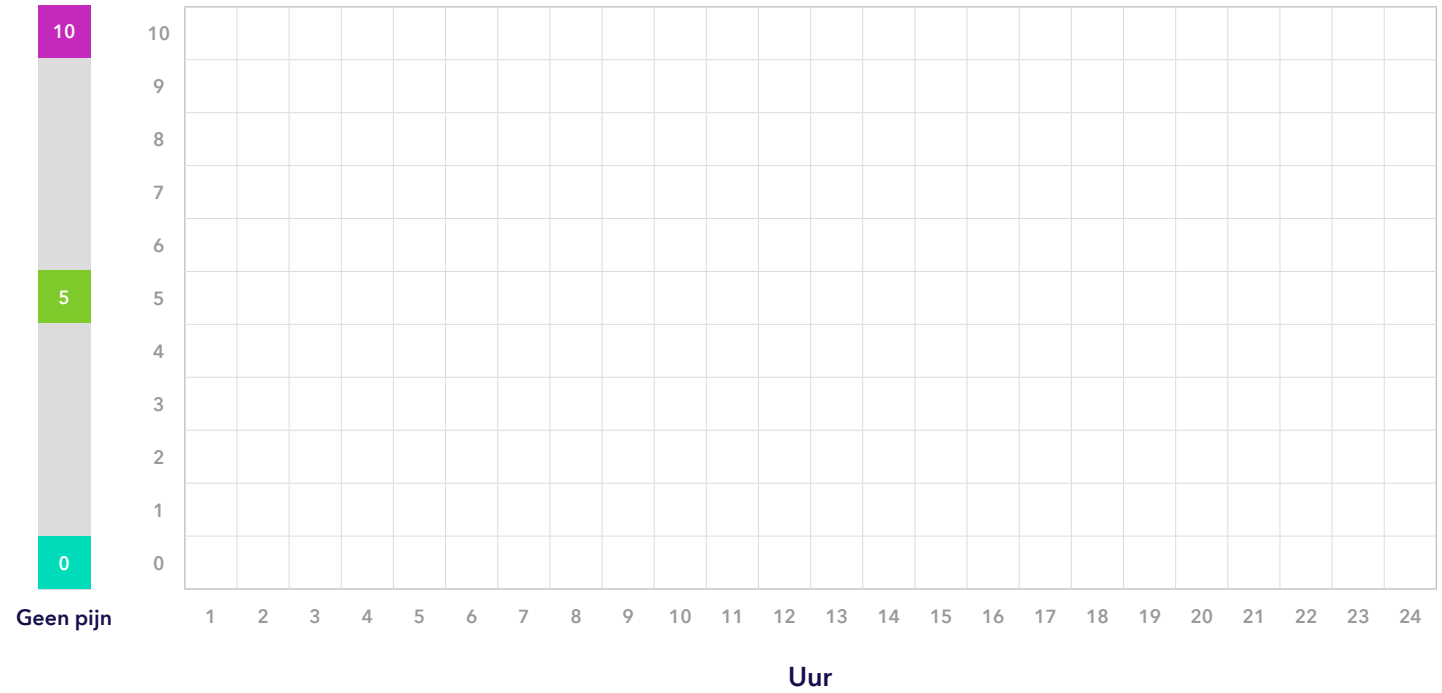
---

# Dag 2

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

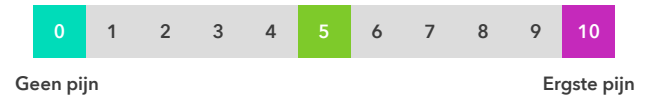
Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.



Opmerkingen:

---

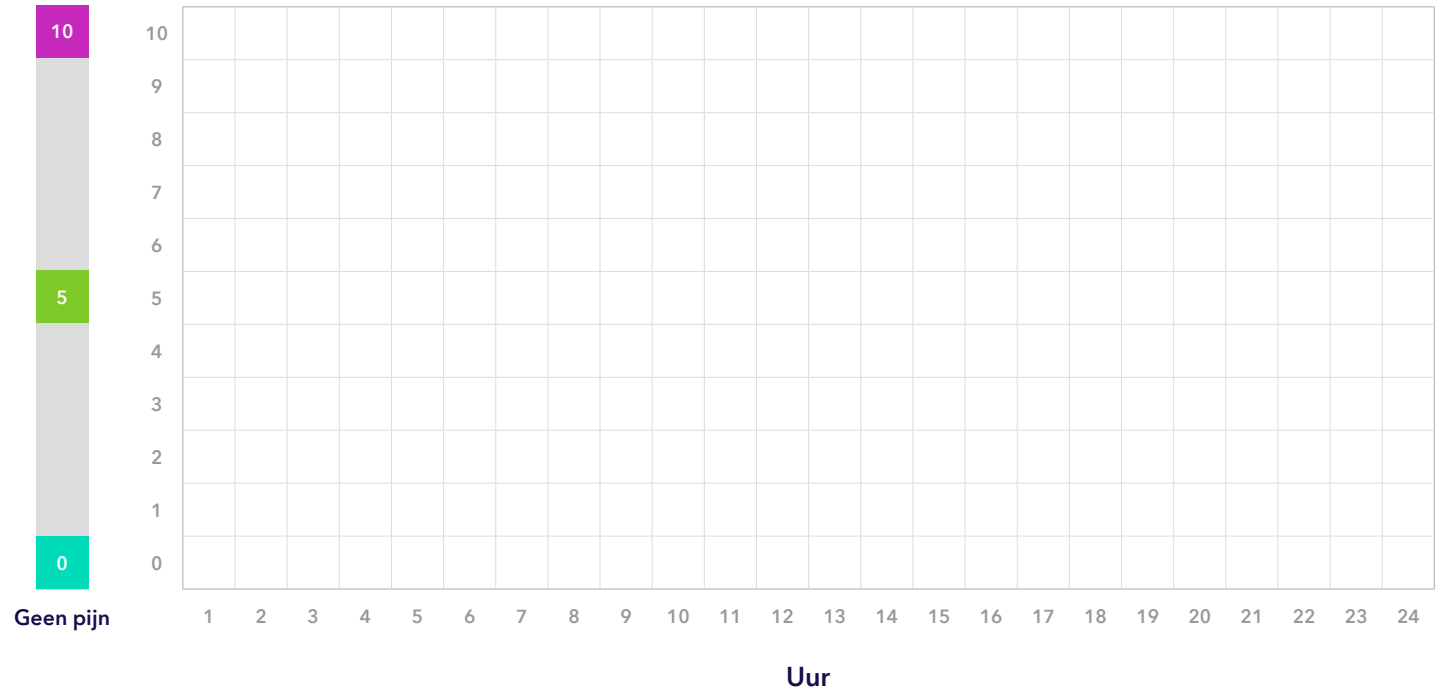
---

# Dag 3

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

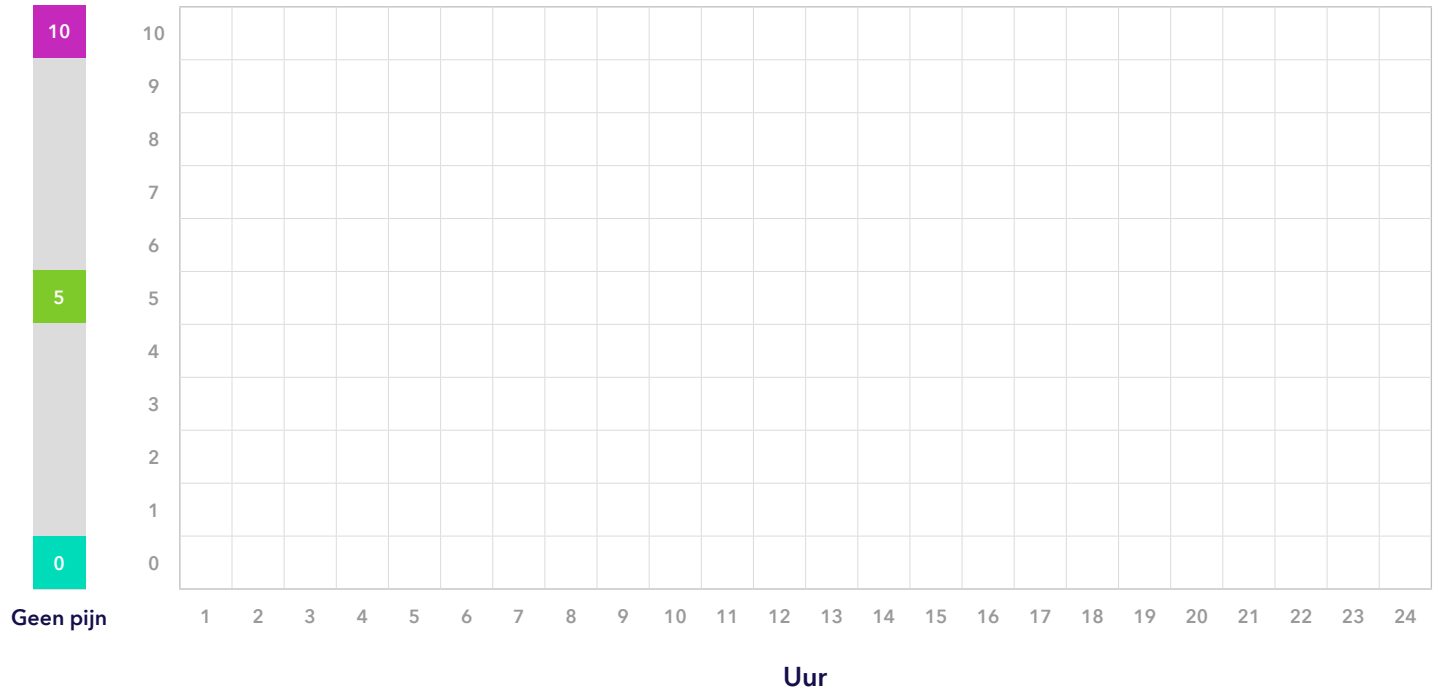
---

# Dag 4

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

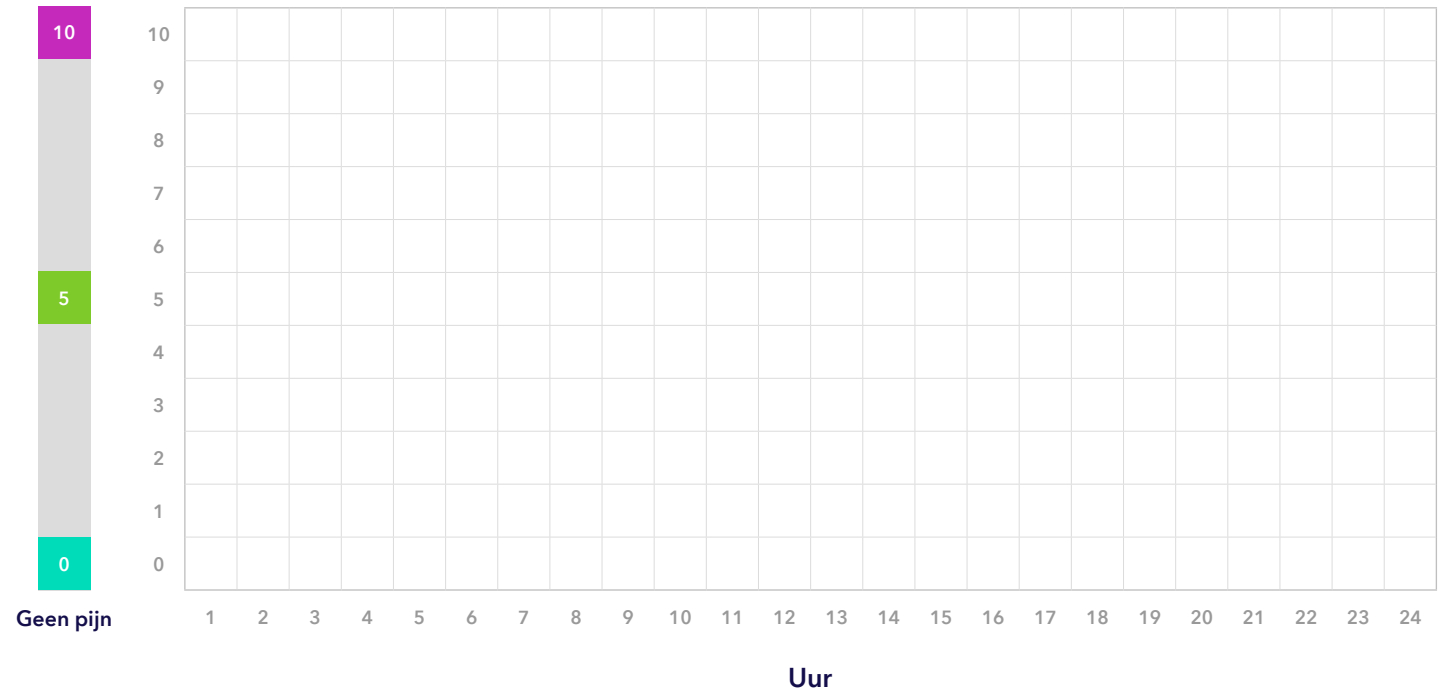


# Dag 5

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

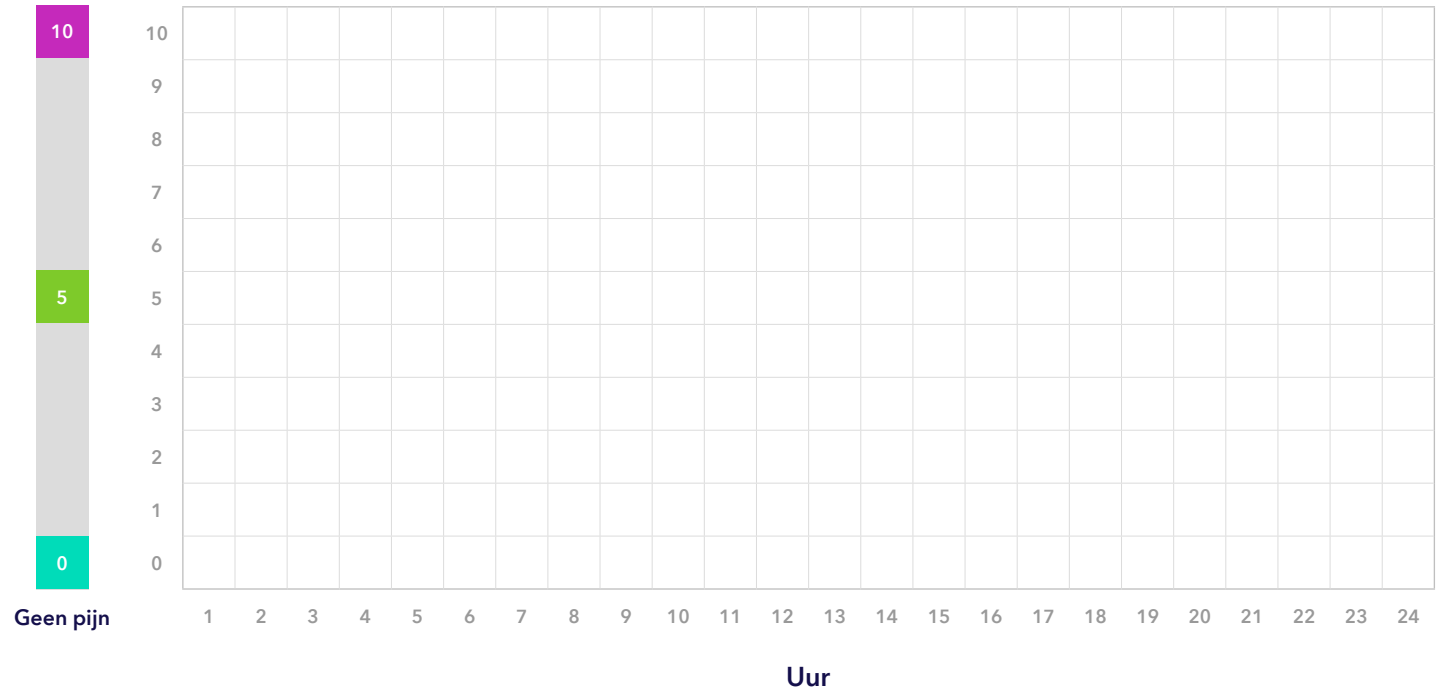
---

# Dag 6

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

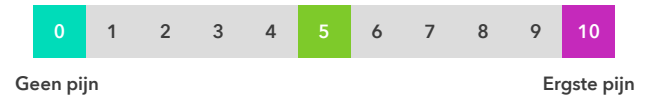
Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

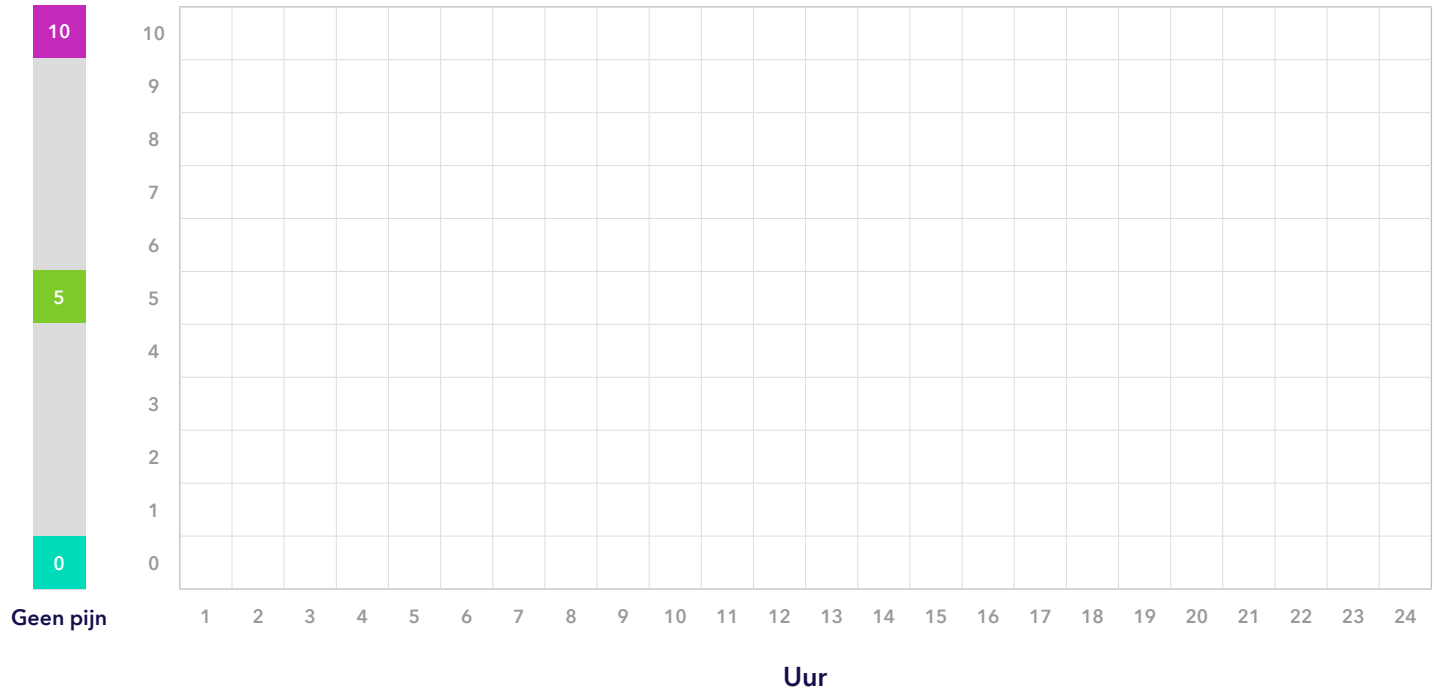
---

# Dag 7

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

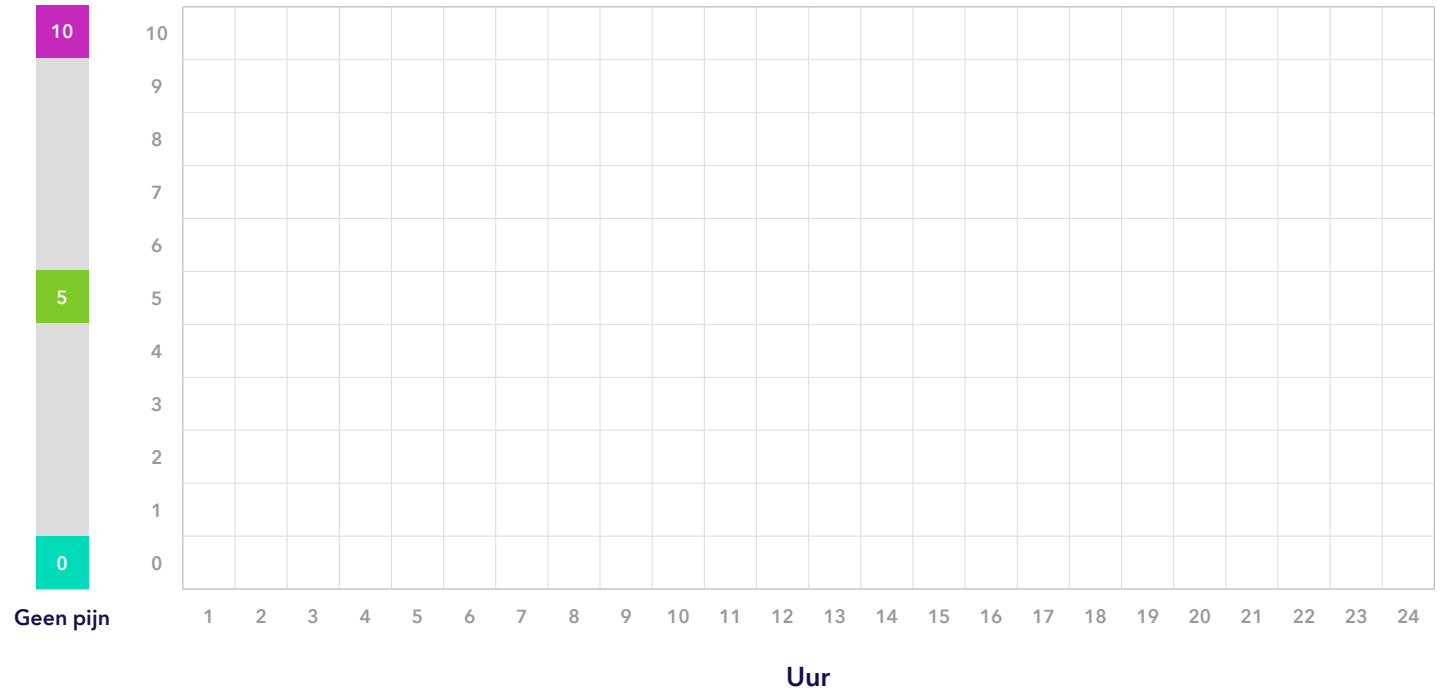
---

# Dag 8

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.



Opmerkingen:

---

---

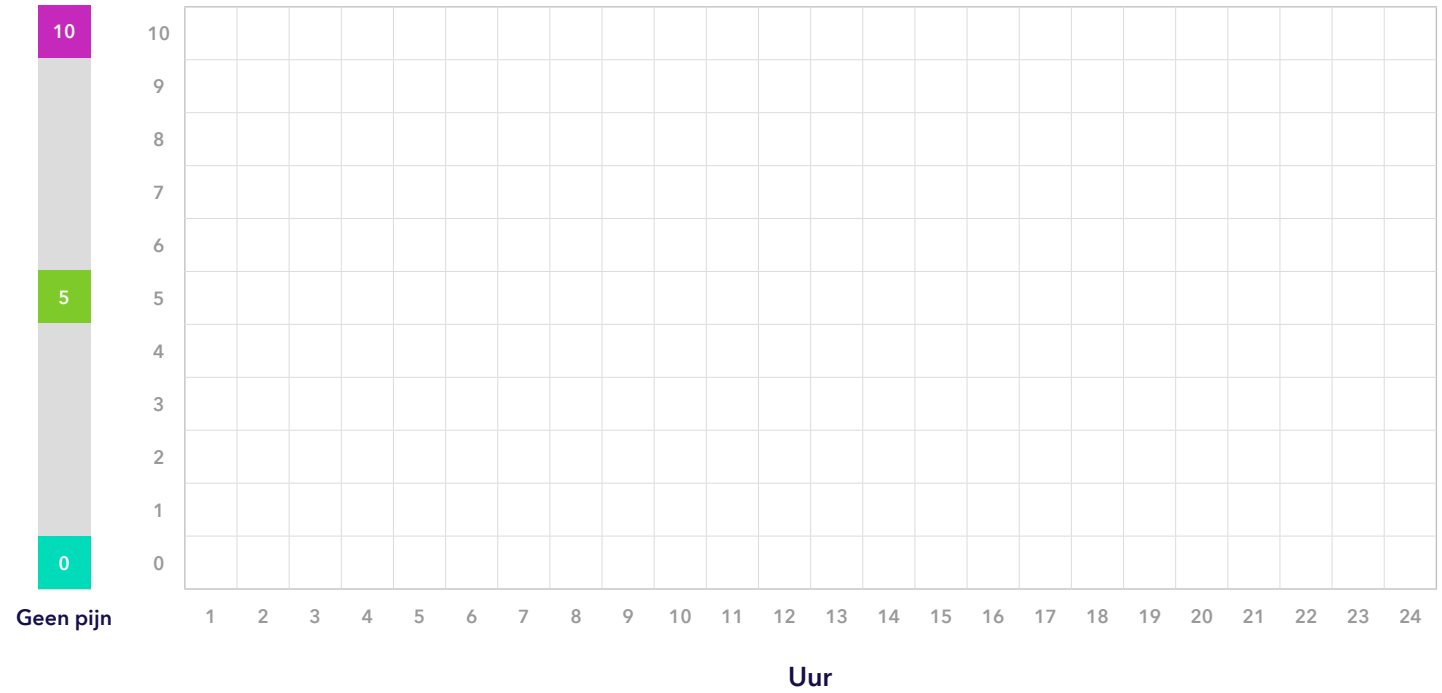


# Dag 9

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn

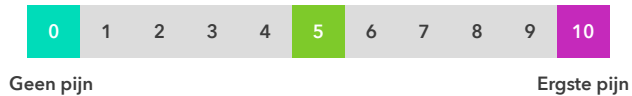


Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

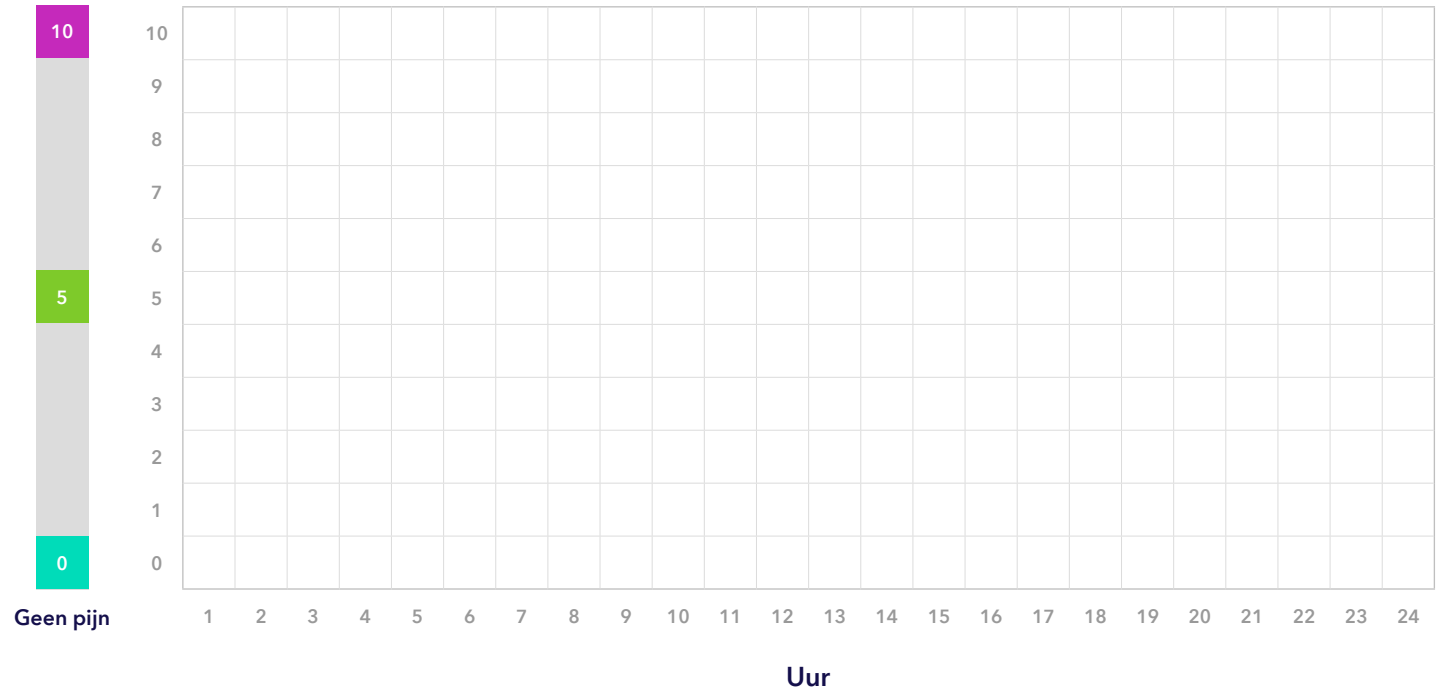
---

# Dag 10

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

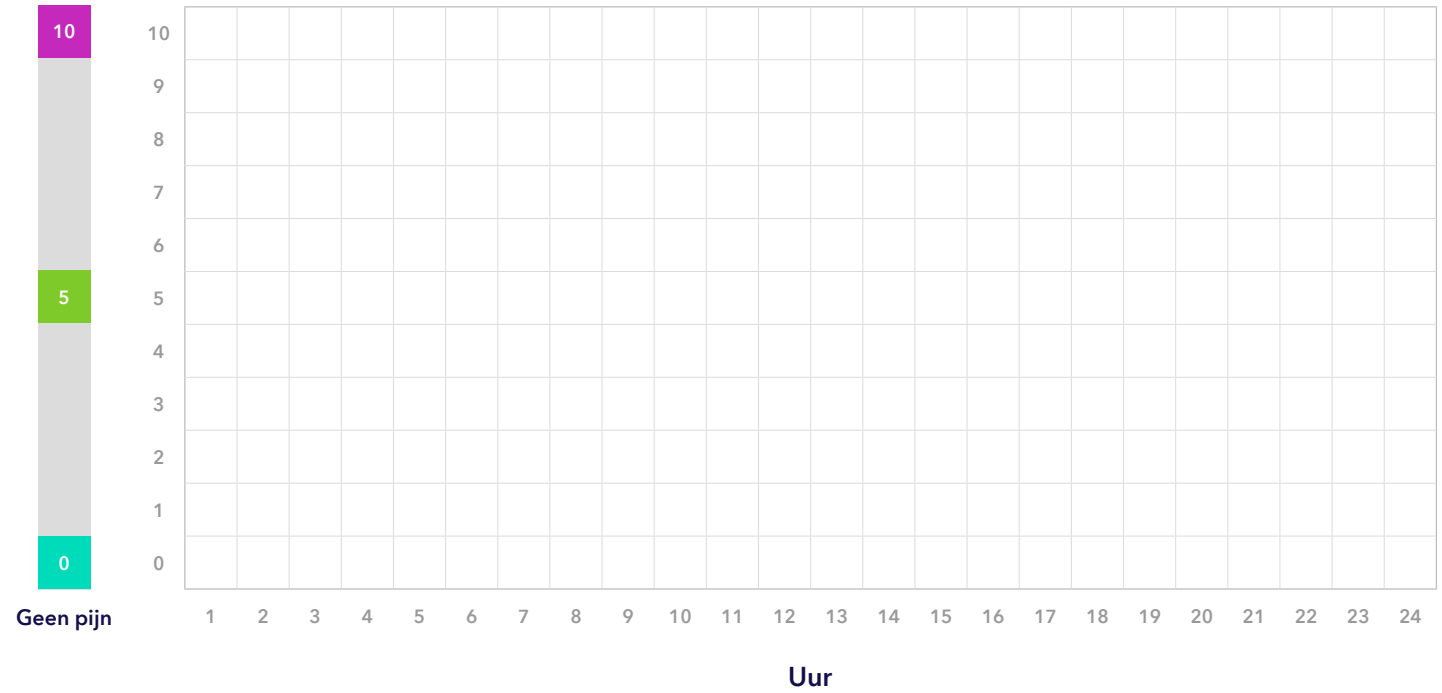
---

# Dag 11

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



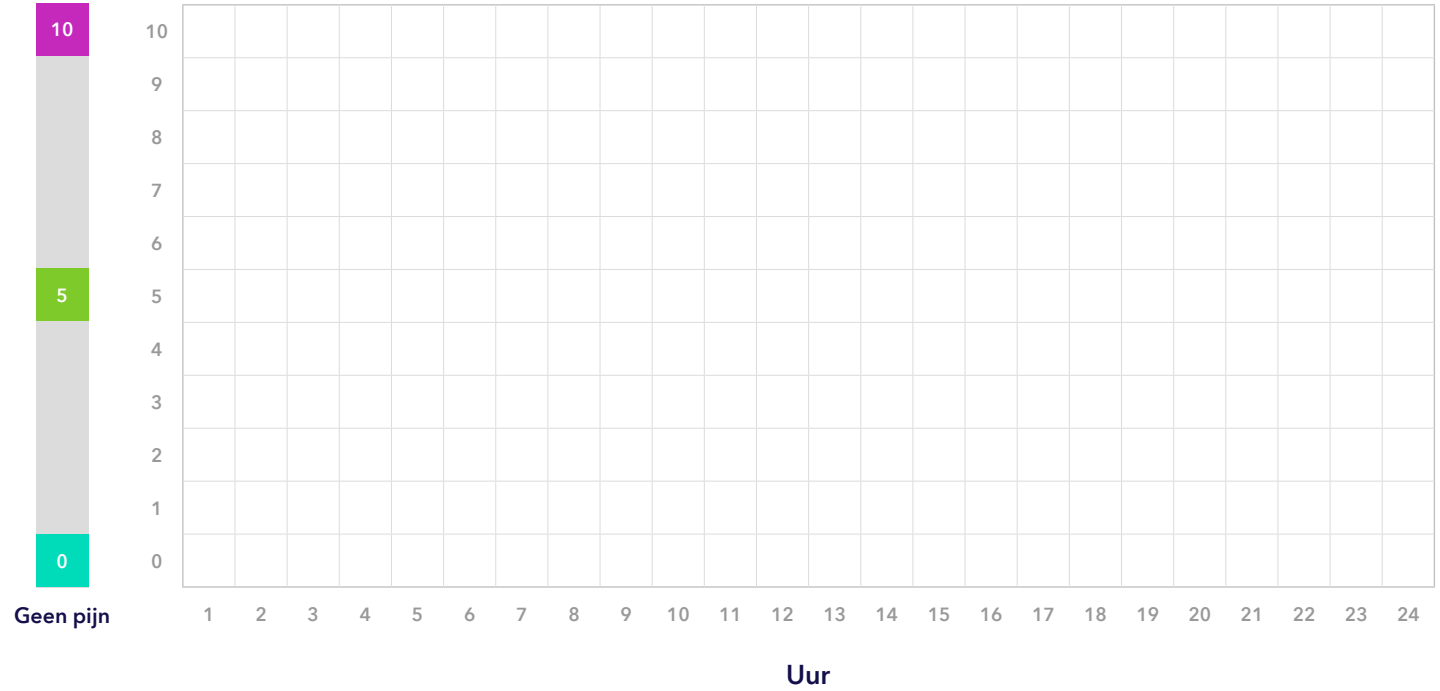
---

# Dag 12

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.



Opmerkingen:

---

---

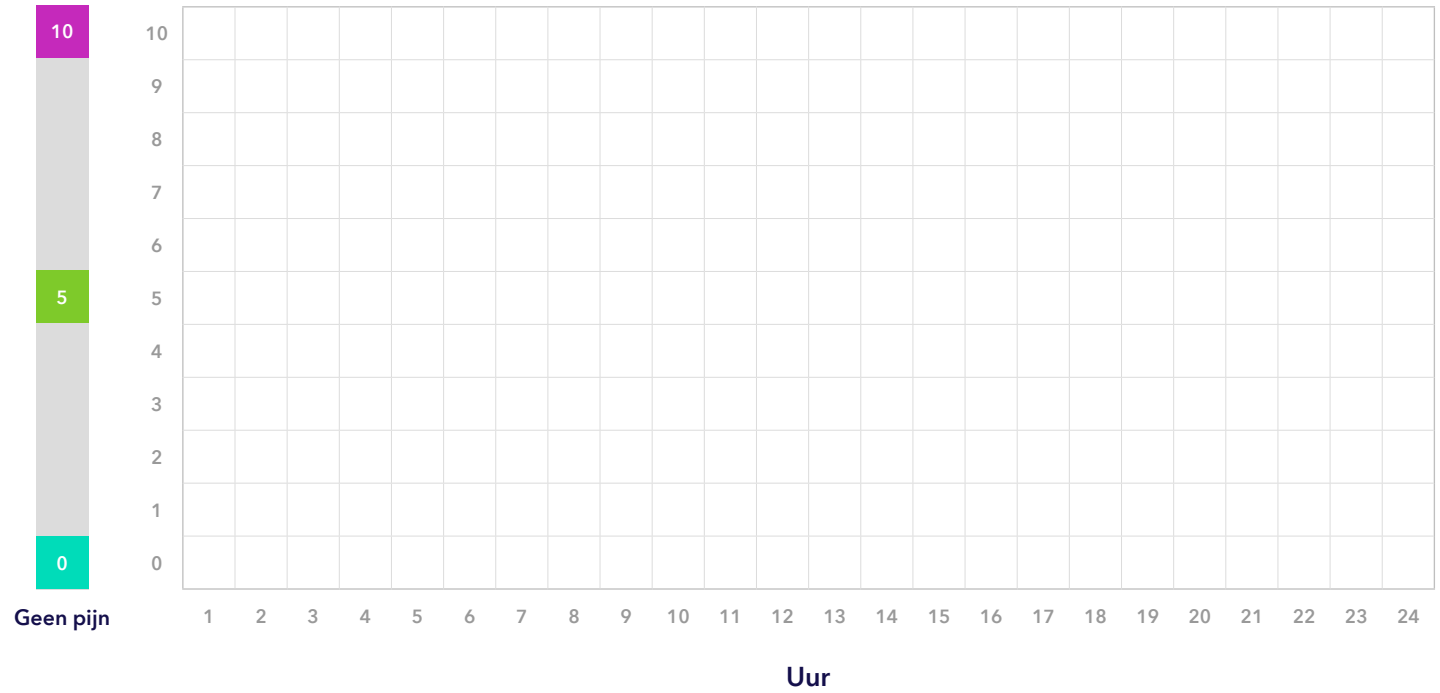


# Dag 13

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Geen pijn

Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



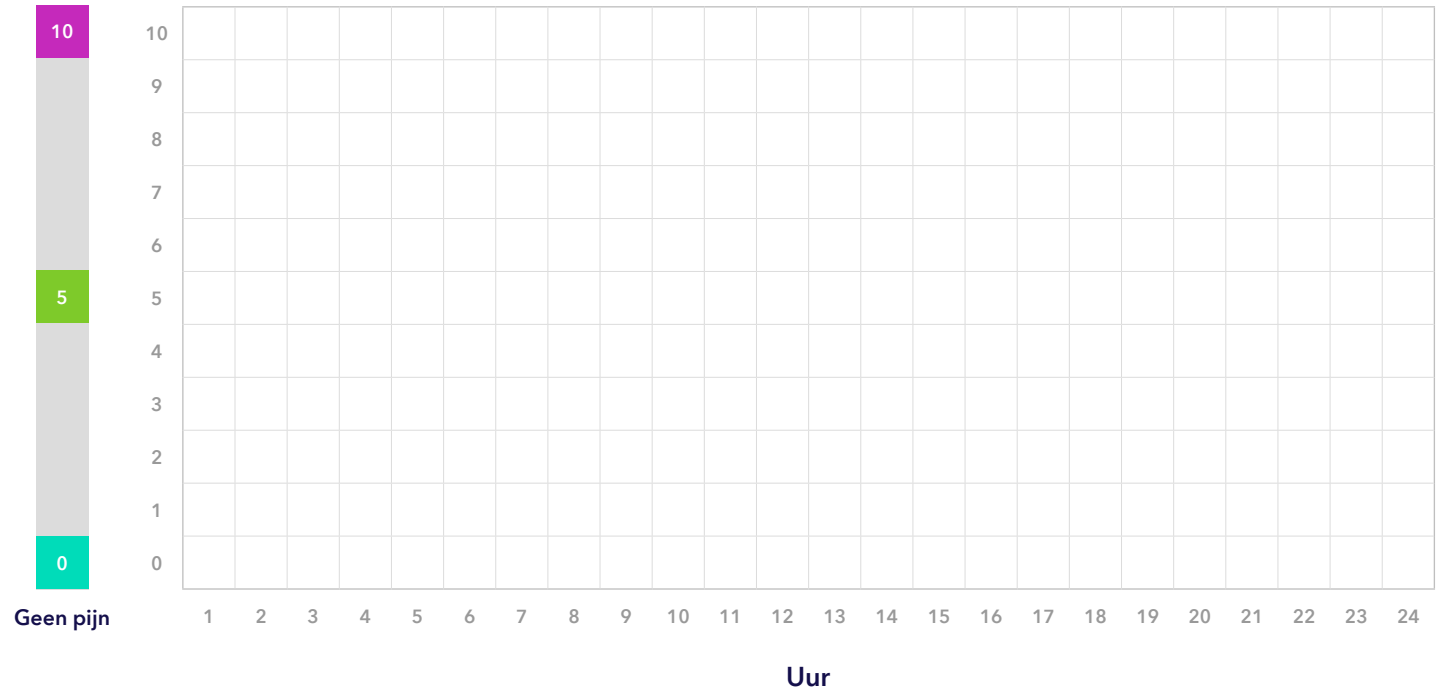
---

# Dag 14

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

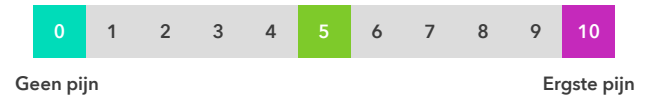
Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.



**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

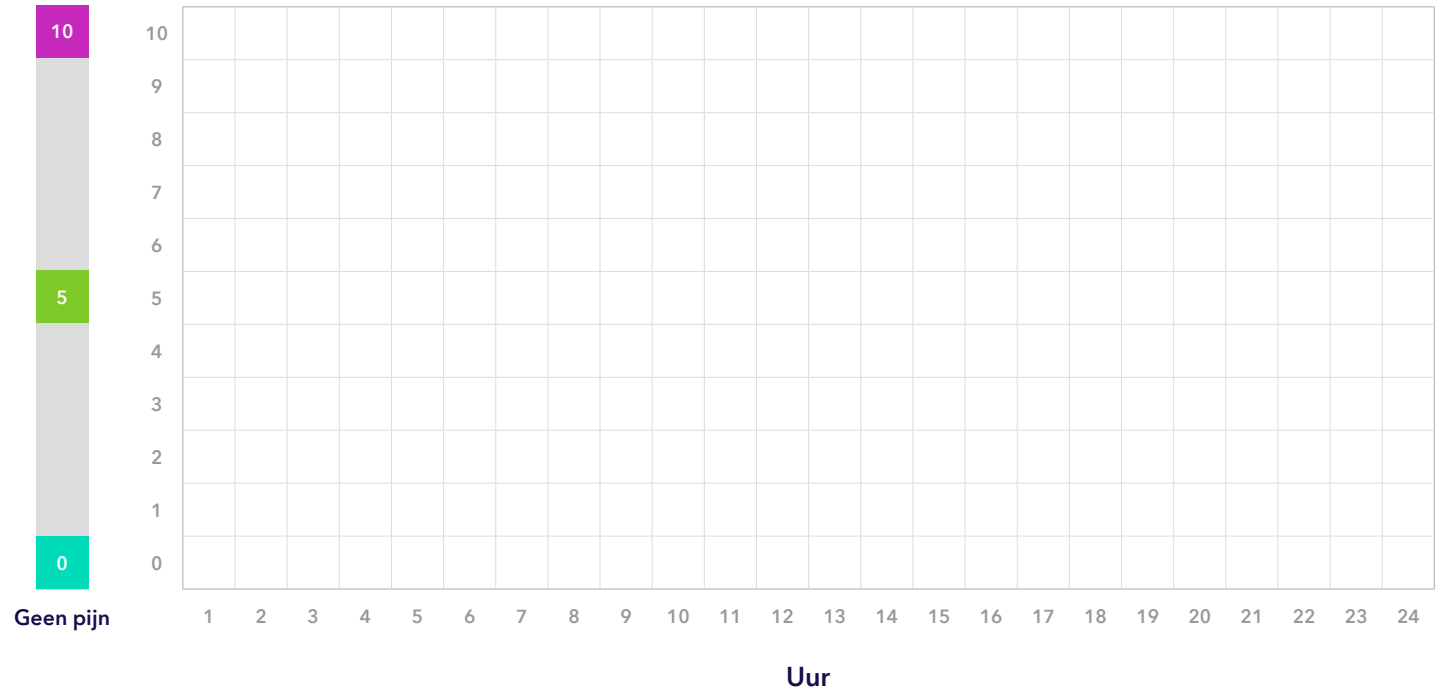
---

# Dag 15

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Geen pijn

Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



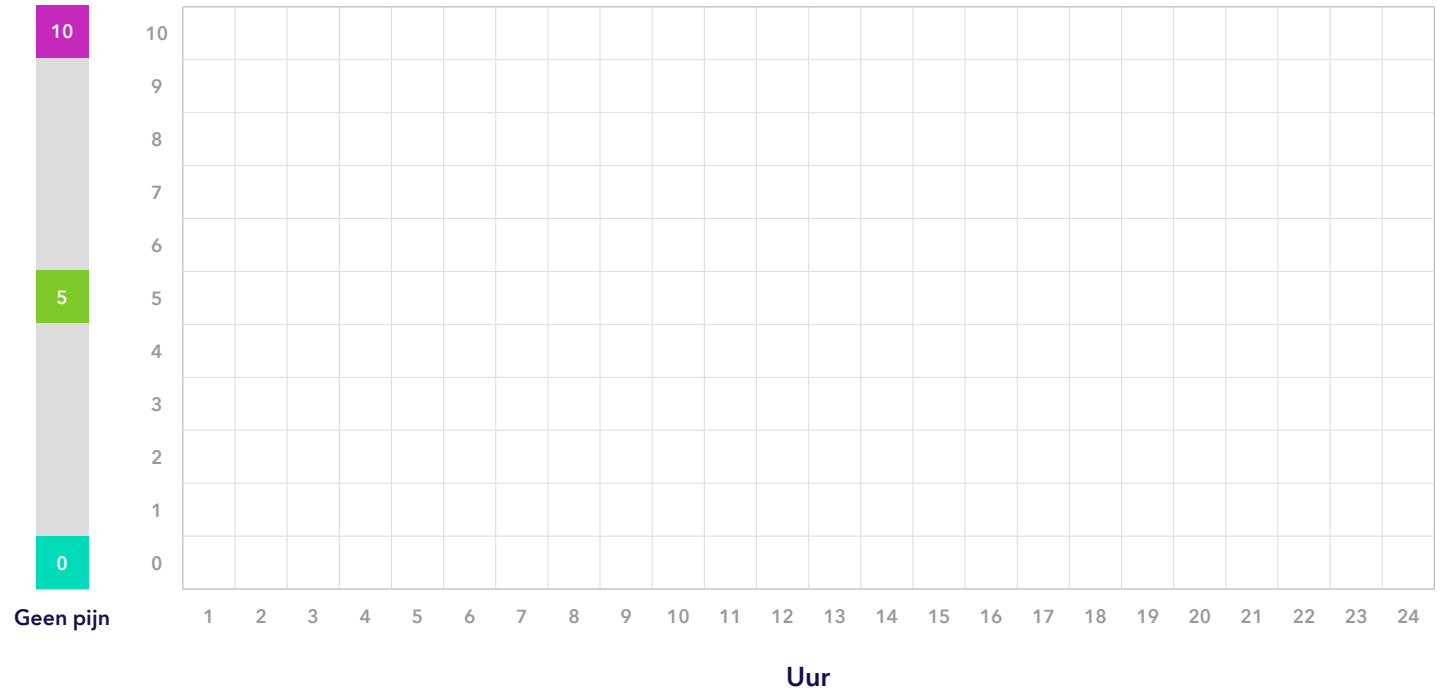
---

# Dag 16

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

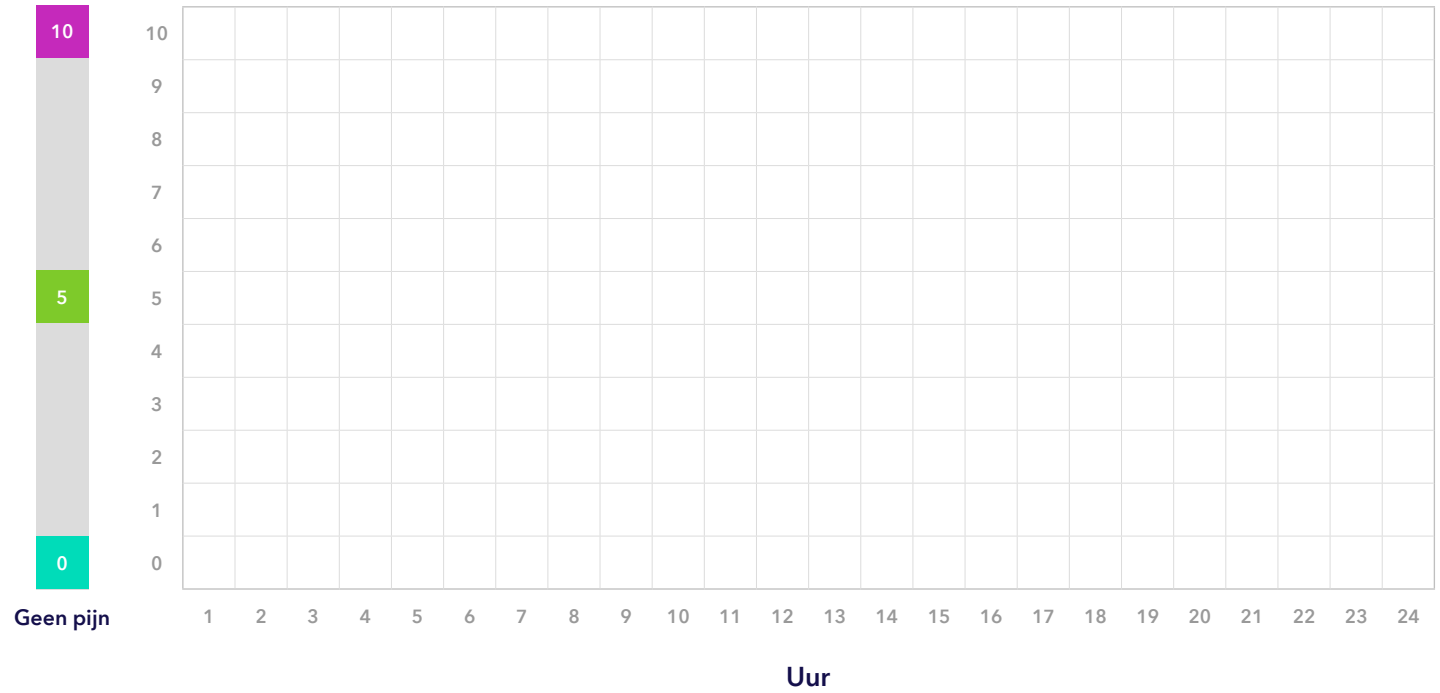


# Dag 17

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn

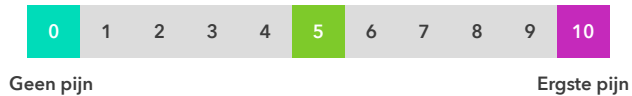


Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



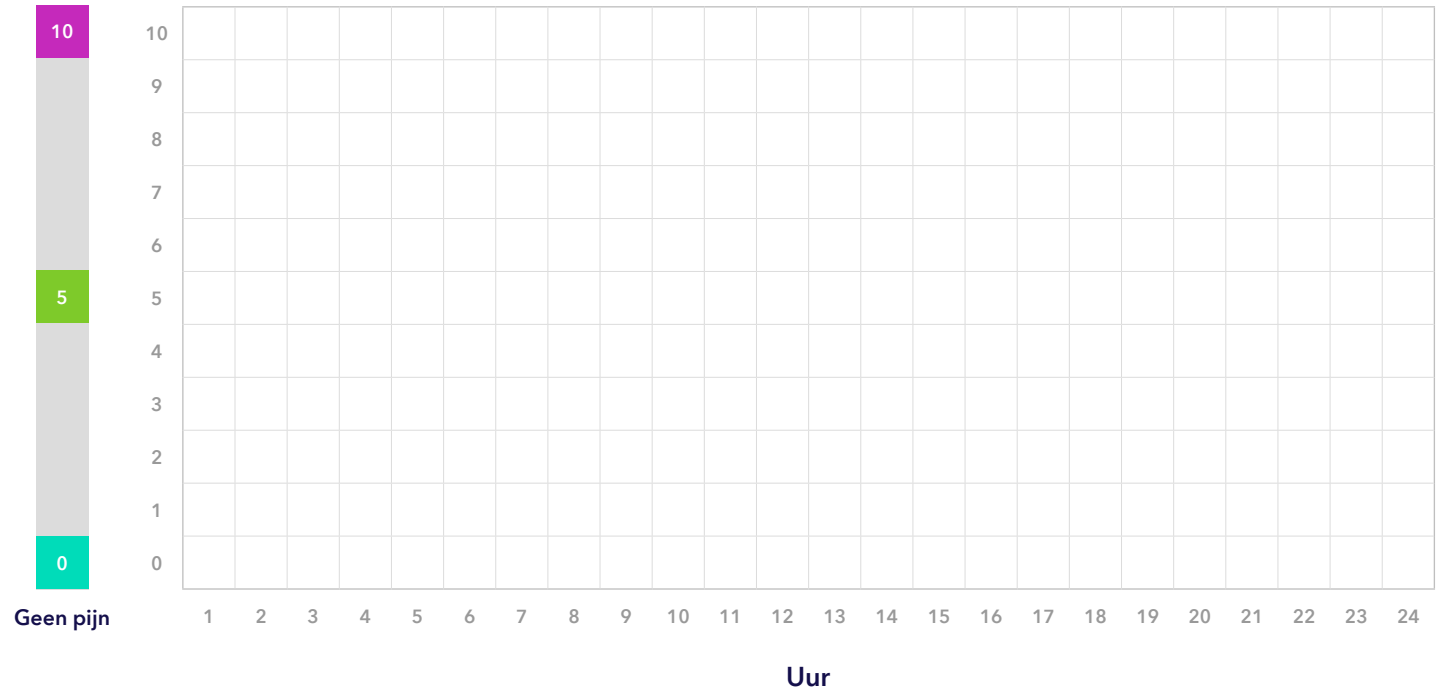
---

# Dag 18

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



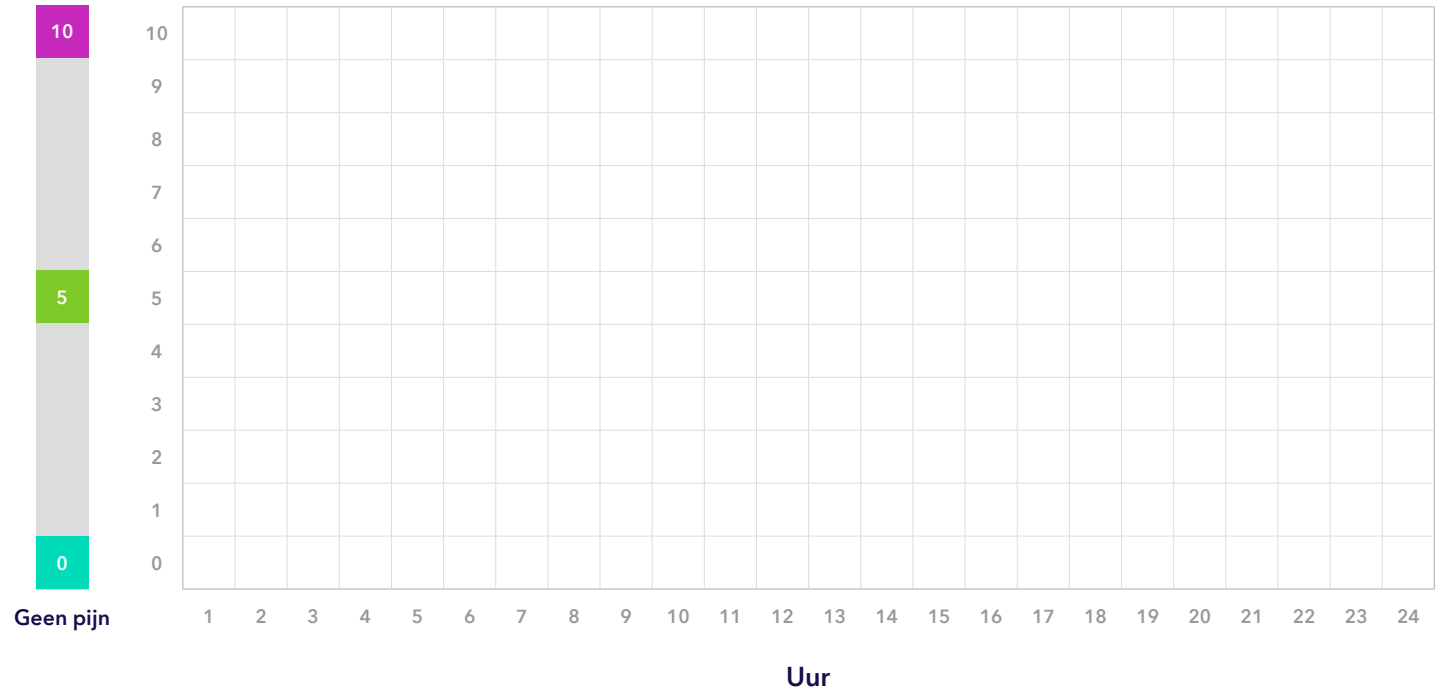
---

# Dag 19

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



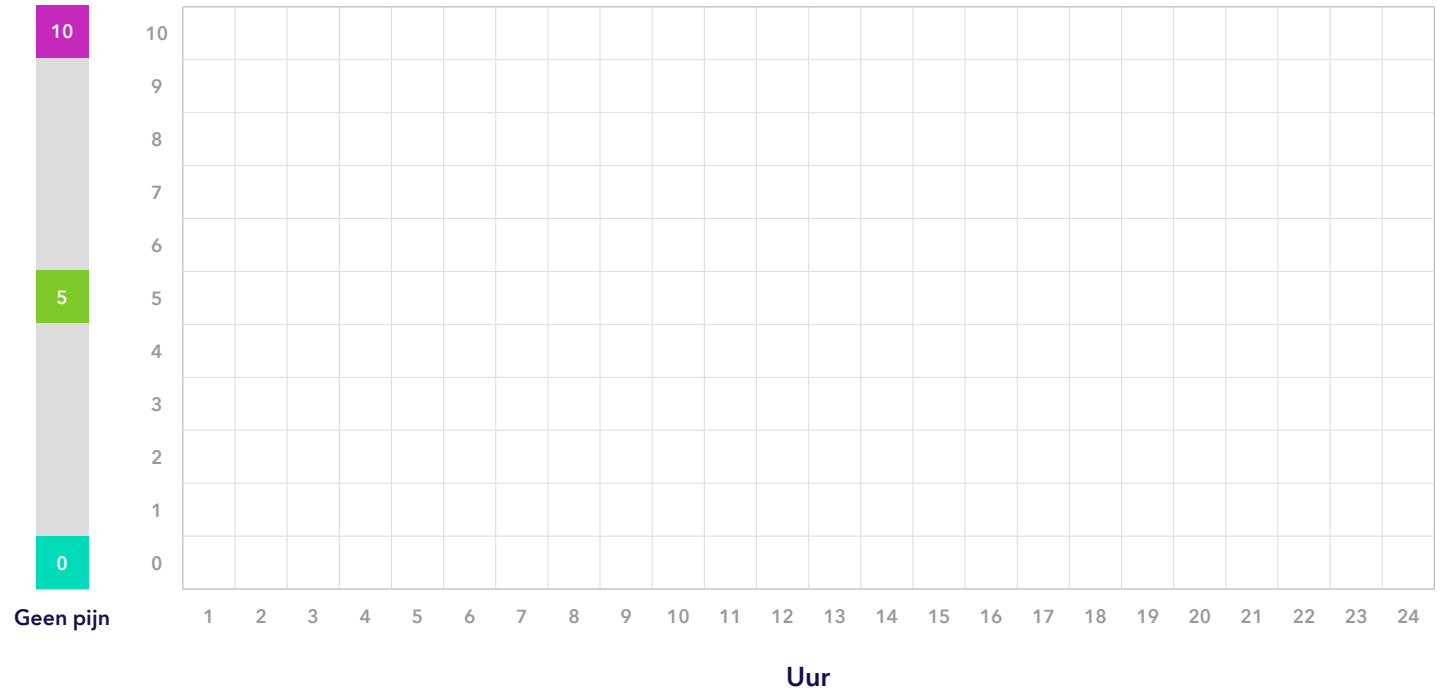
---

# Dag 20

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

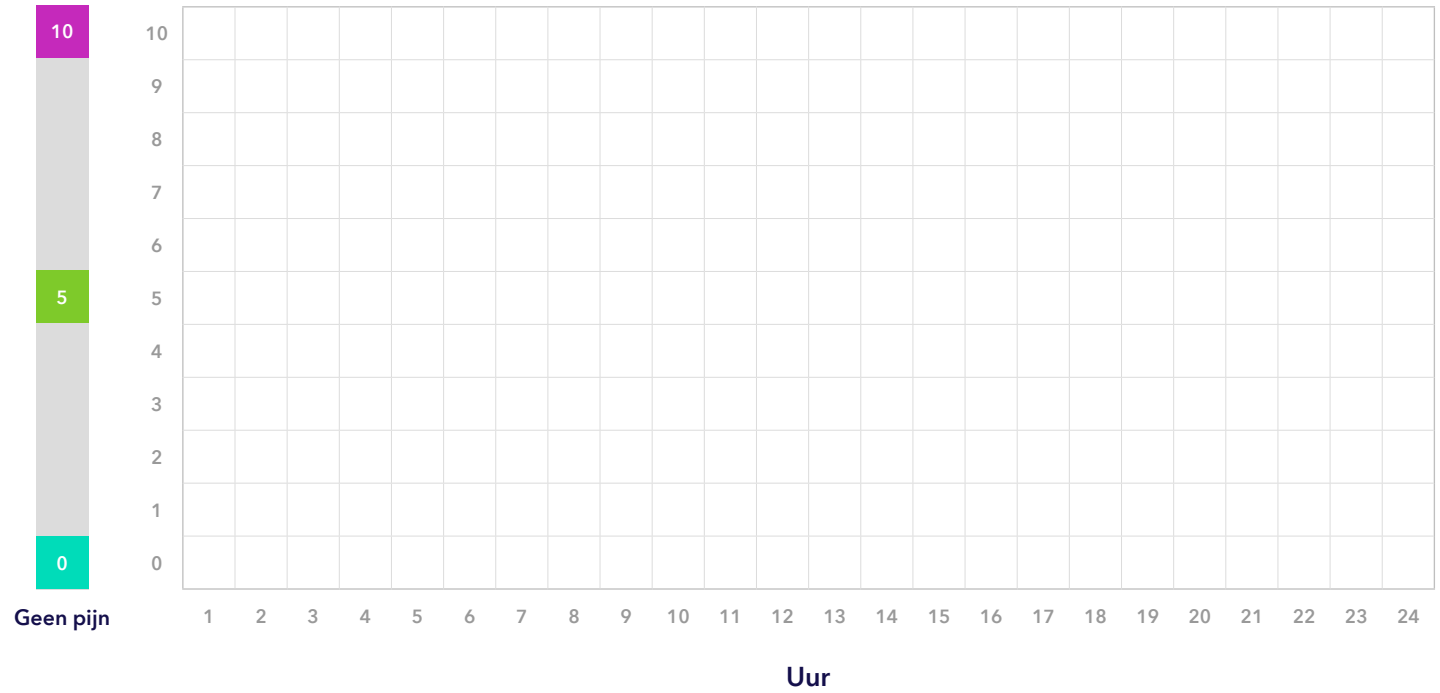


# Dag 21

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn

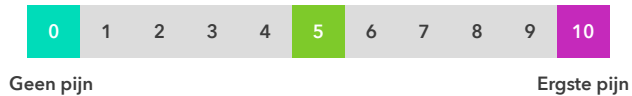


Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



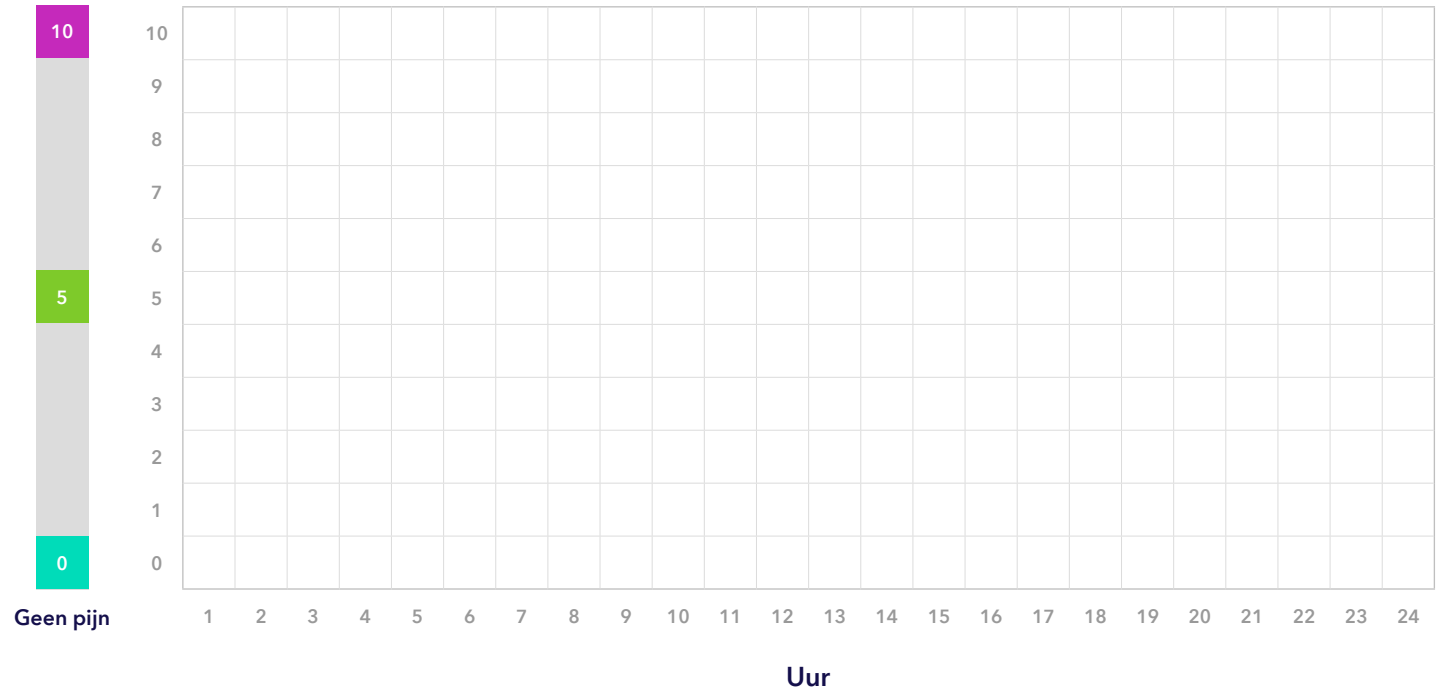
---

# Dag 22

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

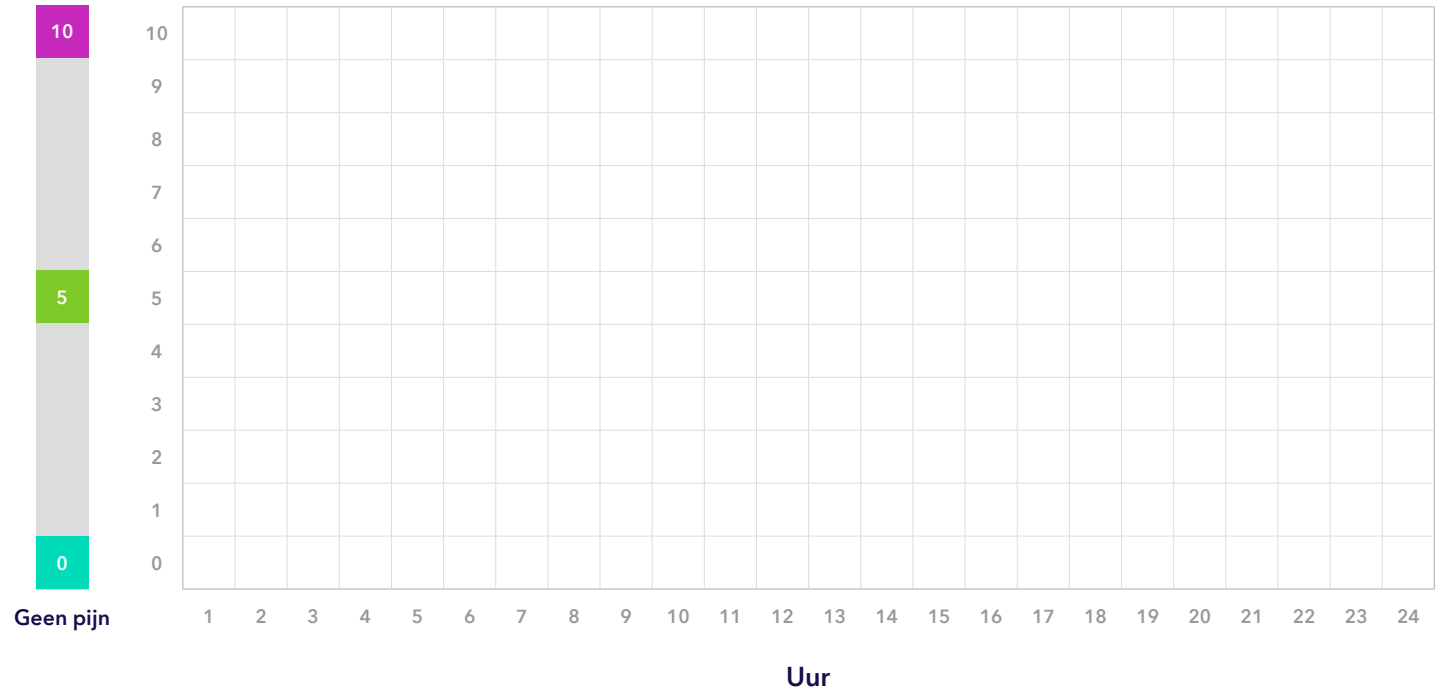
---

# Dag 23

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



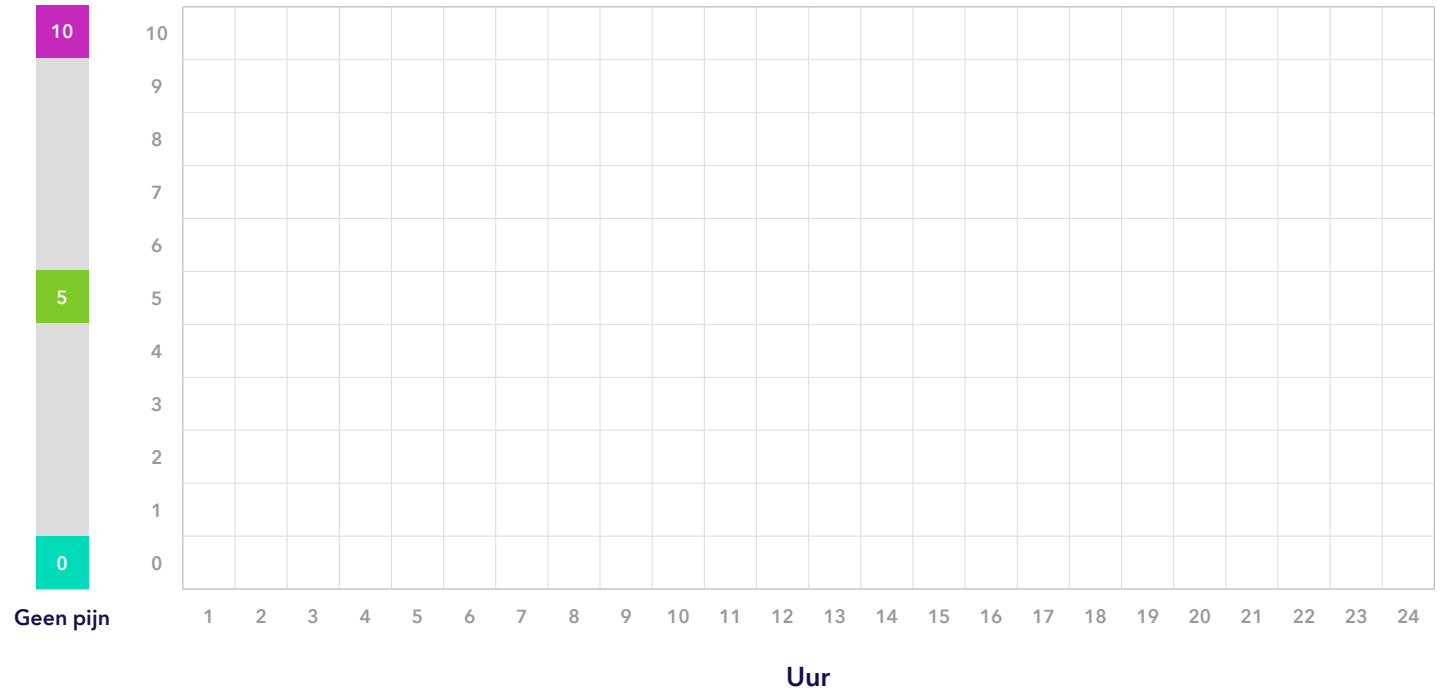
---

# Dag 24

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

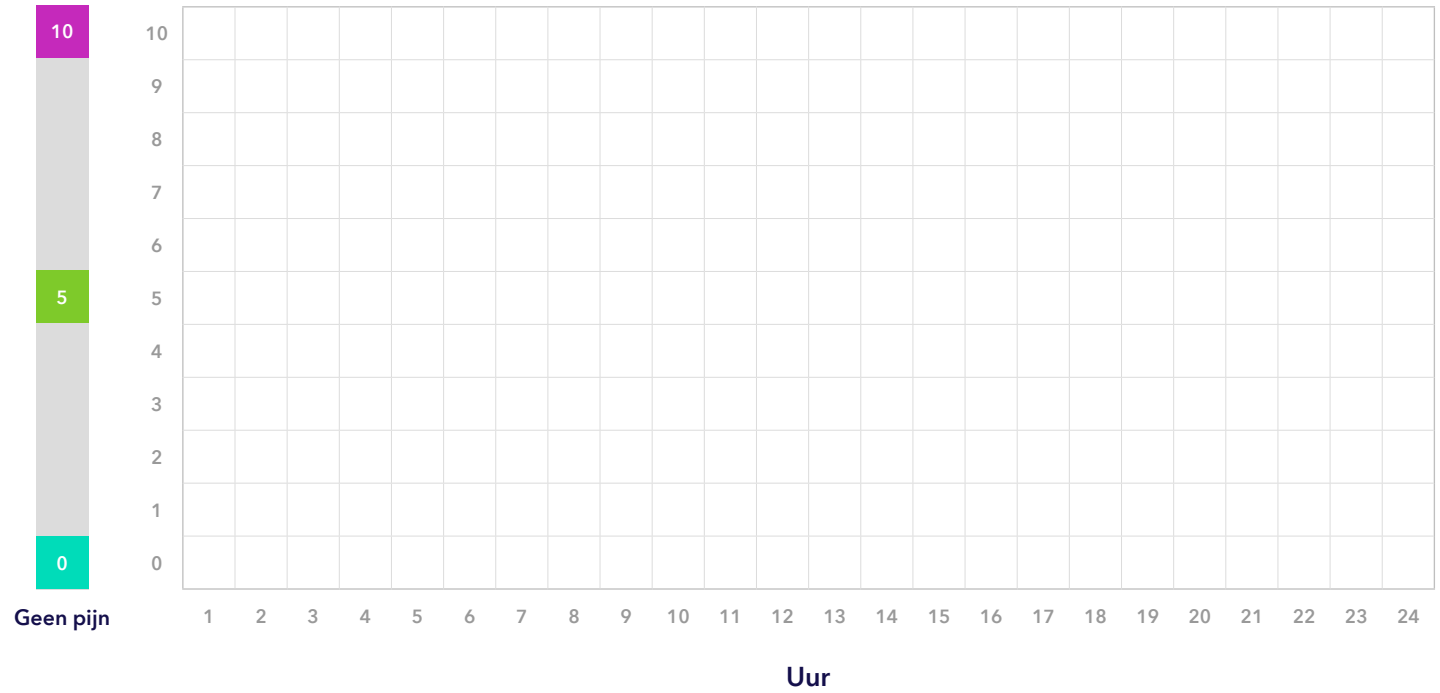


# Dag 25

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



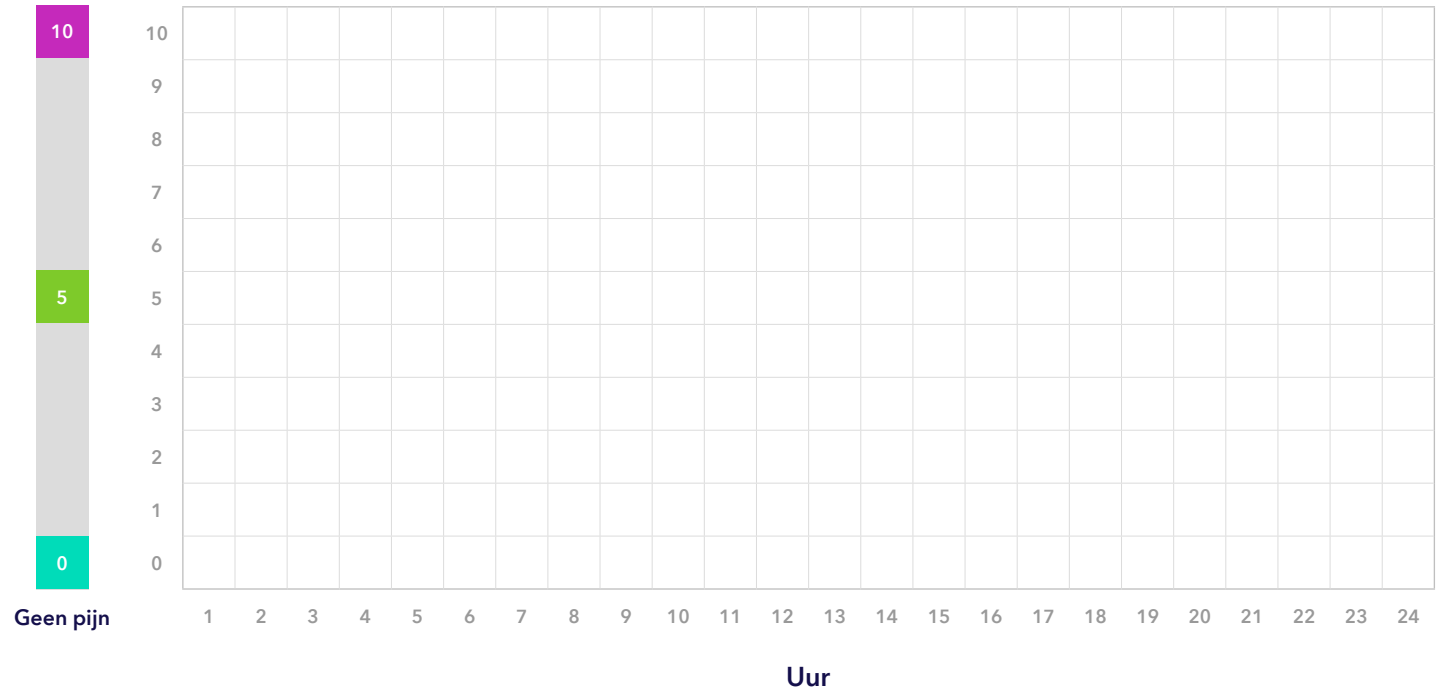
---

# Dag 26

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen   Gemiddeld   Groot 

Opmerkingen:

---

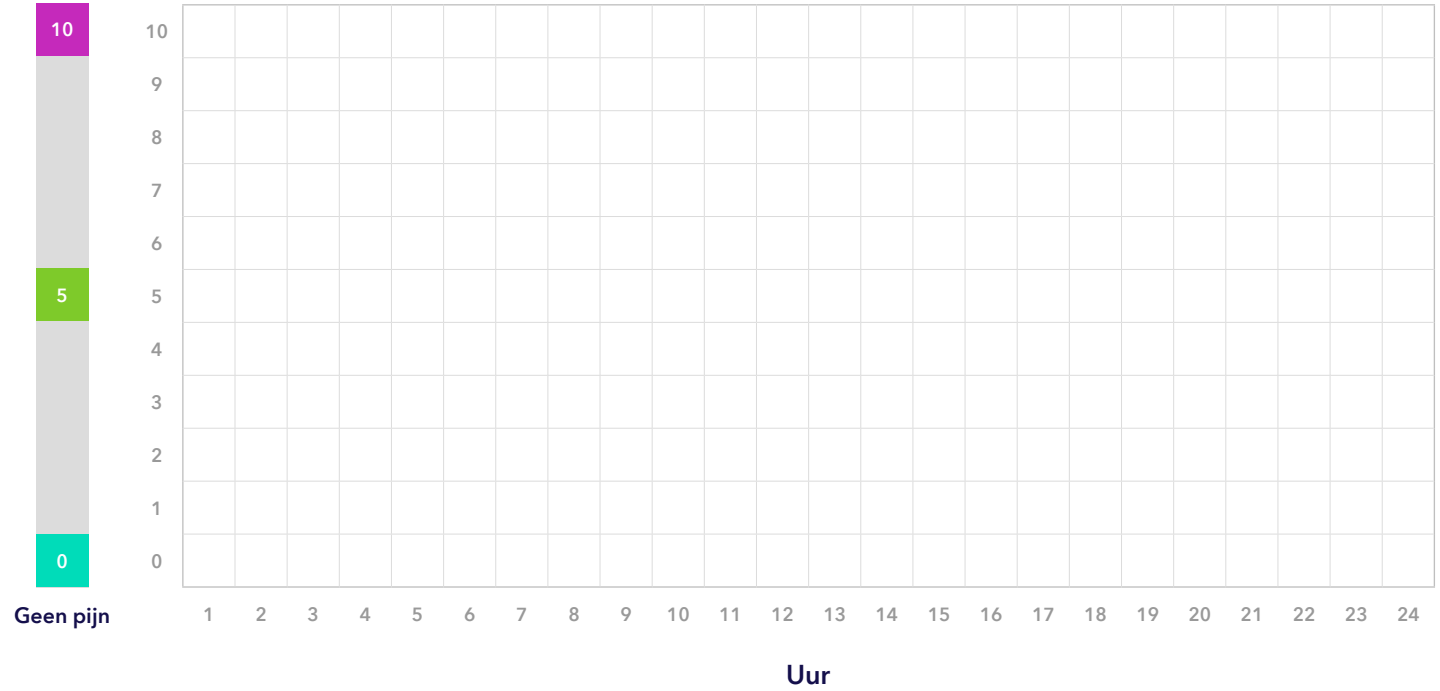
---

# Dag 27

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.



Opmerkingen:

---

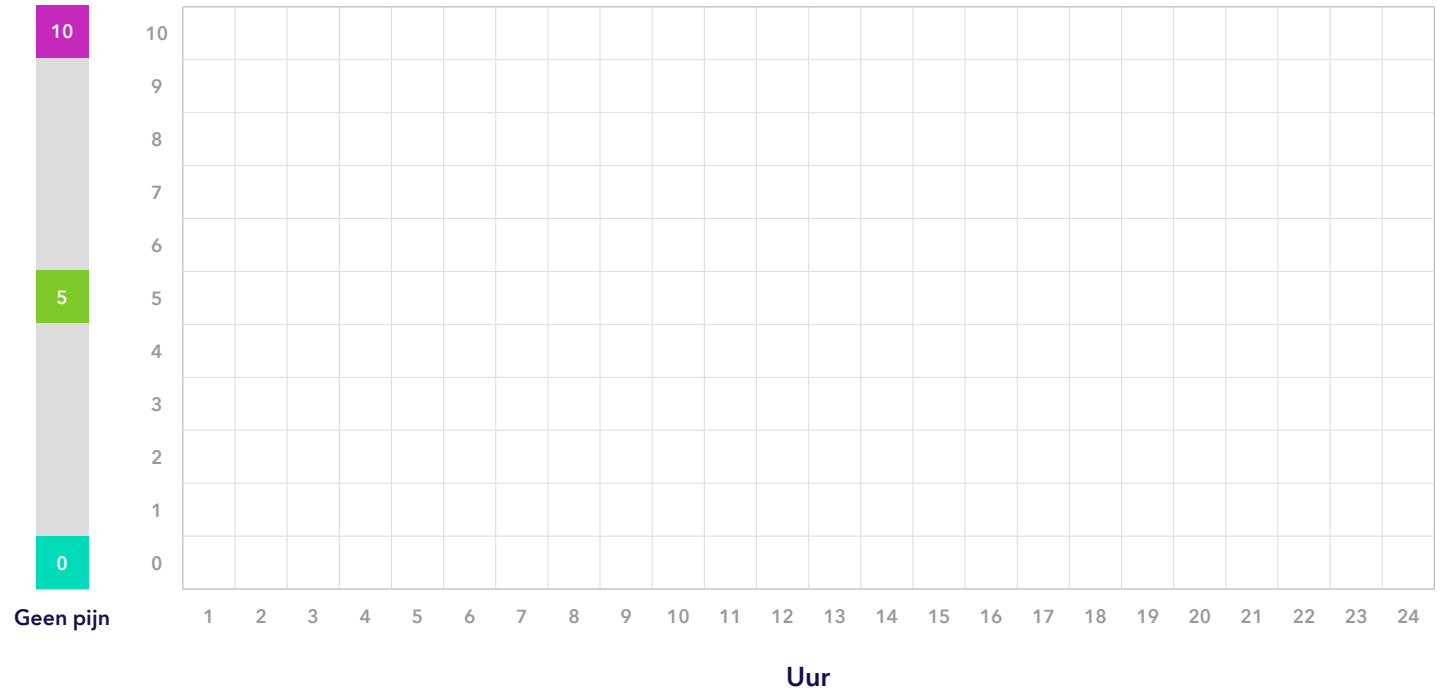
---

# Dag 28

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

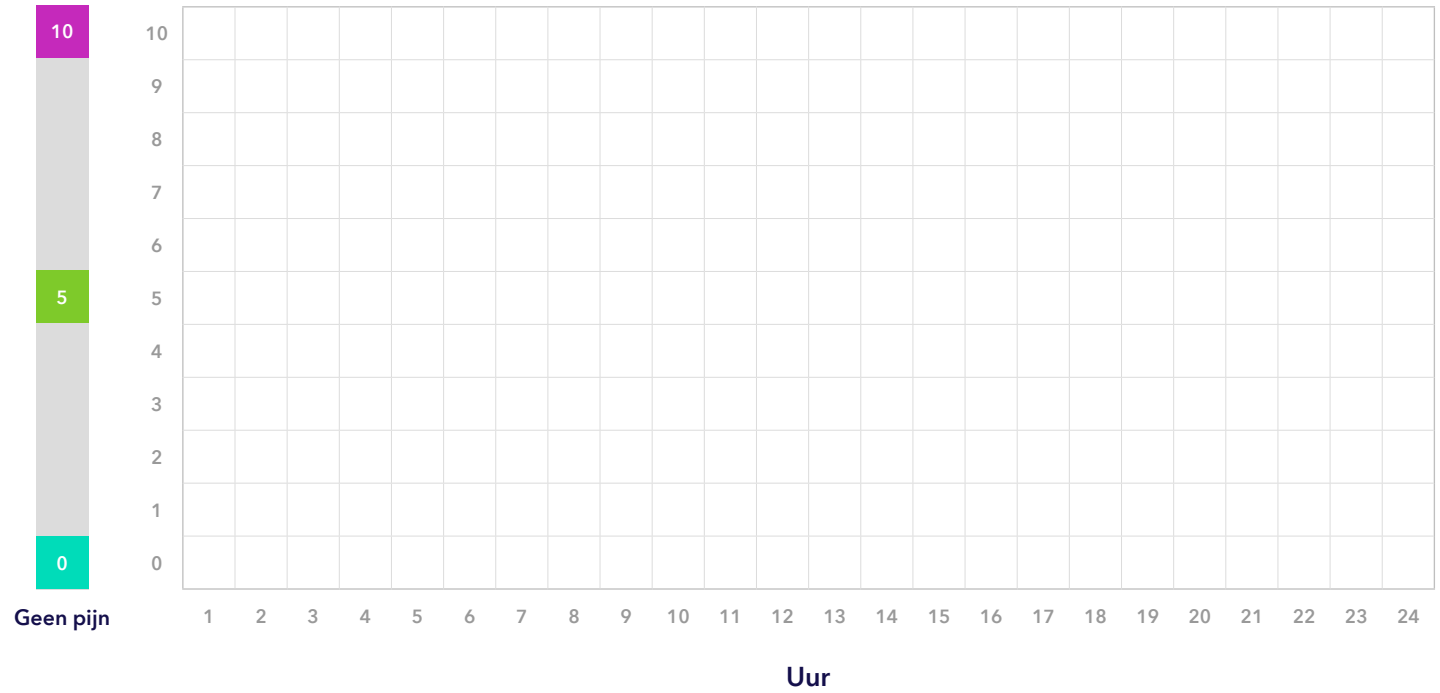


# Dag 29

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn

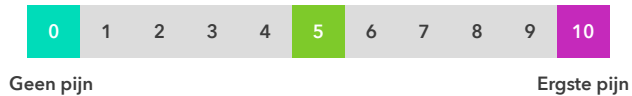


Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.


**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



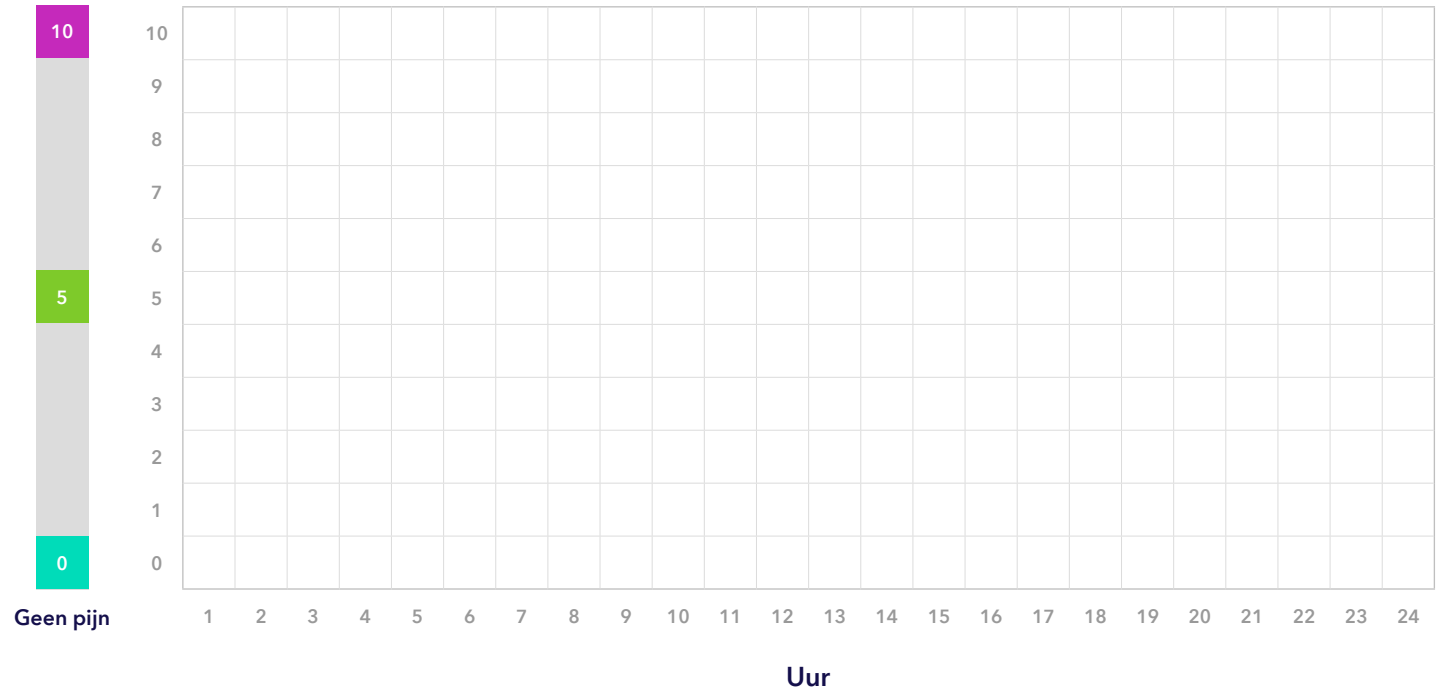
---

# Dag 30

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



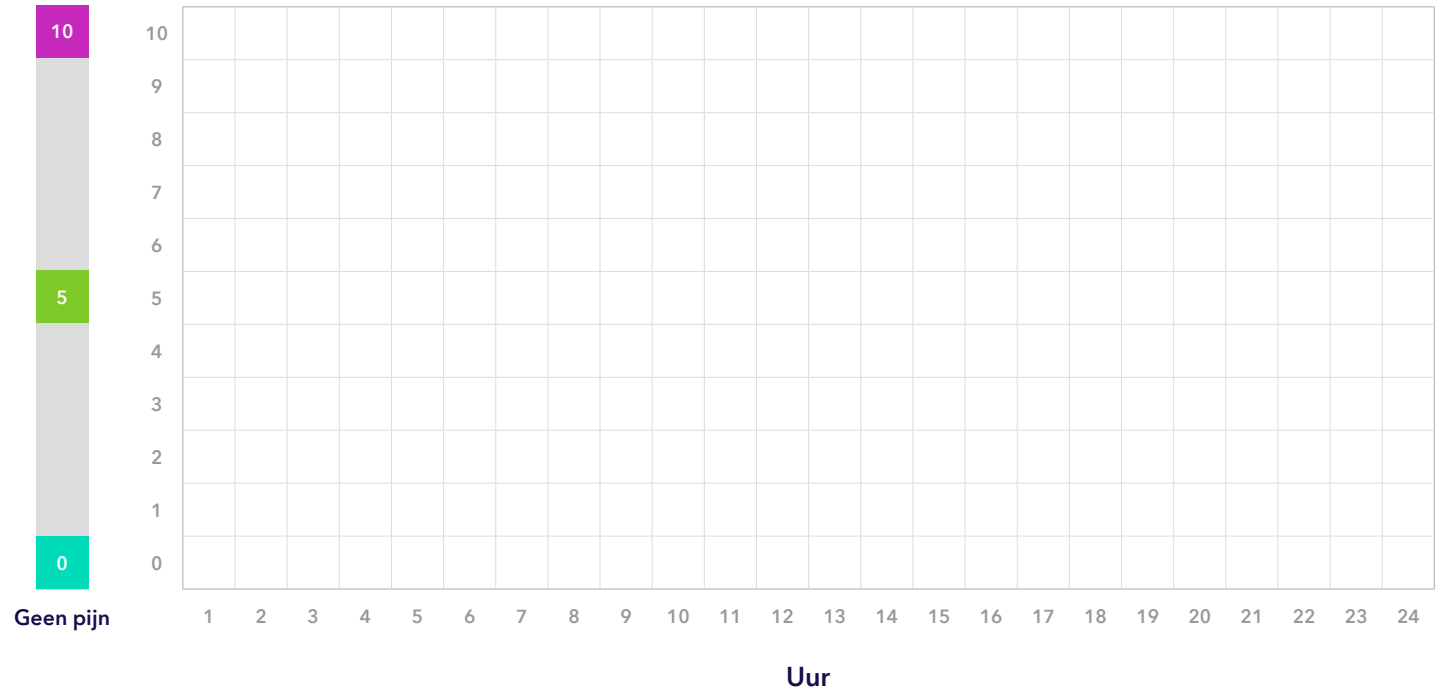
---

# Dag 31

Dag van de week: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergste pijn



Vul hier in welke medicatie u vandaag heeft ingenomen om plotselinge pijn te verlichten.

Tijd:	Medicijnen/manier van innemen:	Dosis:

Vul hier in wat de gemiddelde mate van uw pijn was gedurende de dag, zowel in rust als toen u actief was.

**Rust**



**Actief**



Vul hier in wat de gevolgen van uw pijn waren voor het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten.

Geen 
 Gemiddeld 
 Groot 

Opmerkingen:

---



---

### Referenties:

1. Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, et al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery (IDDS) system compared with comprehensive medical management (CMM) for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol. 2002;20(19):4040-4049.
2. Smith TJ, Coyne PJ. Implantable drug delivery systems (IDDS) after failure of comprehensive medical management (CMM) can palliate symptoms in the most refractory cancer pain patients. J Pall Med. 2005;8(4):736-742.
3. Stearns L, Abd-Elseyed A, Perruchoud C, et. al. Intrathecal drug delivery systems for cancer pain: an analysis of a prospective, multicenter product surveillance registry. Anesth Analg. 2020 Feb;130(2):289-297.

### Korte verklaring

De informatie in dit document is geen medisch advies en mag niet worden gebruikt als een alternatief voor overleg met uw arts. Raadpleeg de handleiding van het medisch hulpmiddel voor gedetailleerde informatie over de gebruiksinstructies, de implantatieprocedure, indicaties, contra-indicaties, waarschuwingen, voorzorgsmaatregelen en mogelijke bijwerkingen. Neem voor meer informatie contact op met uw zorgprofessional.

#### Europa

Medtronic International Trading Sàrl.  
Route du Molliau 31  
Case postale  
CH-1131 Tolochenaz  
Zwitserland  
[www.medtronic.eu](http://www.medtronic.eu)  
Tel. +41 (0)21 802 70 00  
Fax +41 (0)21 802 79 00

#### België

Medtronic Belgium N.V.  
Burgemeester Etienne  
Demunterlaan 5  
BE-1090 Brussel  
België  
[www.medtronic.be](http://www.medtronic.be)  
Tel. +32 (0)2 456 09 00  
Fax +32 (0)2 460 26 67

#### Nederland

Medtronic Trading NL BV  
Larixplein 4  
5616 VB Eindhoven  
Nederland  
[www.medtronic.nl](http://www.medtronic.nl)  
Tel. +31 (0)40 711 75 55  
Fax +31 (0)40 711 75 22

UC202301153 NL © Medtronic 2022.  
Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Europa.