

VRAGENLIJST BIPOLAIRE STOORNISSEN (QBP- NL) DEEL A

(Ingevuld door de behandelaar)

Patiënt naam _____ Man Vrouw Geboortedatum ____ / ____ / ____

Naam clinicus _____ Datum invullen ____ / ____ / ____

1. DSM-IV - As I: HUIDIGE BIPOLAIRE STOORNIS

A. Type bipolaire stoornis: (Eén mogelijkheid aankruisen)

1. Bipolaire I Stoornis
 2. Bipolaire II Stoornis
 3. Bipolaire Stoornis NAO

B. Onderverdeling diagnose : (Eén mogelijkheid aankruisen)

	A. BIPOLAIRE I STOORNIS	B. BIPOLAIRE II STOORNIS	C. BIPOLAIRE STOORNIS NAO
1	<input type="checkbox"/> Eenmalige Manische Episode	<input type="checkbox"/> Eenmalige Hypomane Episode	<input type="checkbox"/> Eenmalige Hypomane Episode (< 4 dagen)
	Recurrent, Meest Recente Episode:	Recurrent, Meest Recente Episode:	Recurrent, Meest Recente Episode:
2	<input type="checkbox"/> Hypomaan	<input type="checkbox"/> Hypomaan	<input type="checkbox"/> Hypomaan (< 4 dagen)
3	<input type="checkbox"/> Manisch	----	<input type="checkbox"/> Manisch (< 1 week/geen opname)
4	<input type="checkbox"/> Depressief	<input type="checkbox"/> Depressief	<input type="checkbox"/> Depressief (< 2 weken)
5	<input type="checkbox"/> Gemengd	----	----
6	<input type="checkbox"/> Niet gespecificeerd	<input type="checkbox"/> Niet gespecificeerd	<input type="checkbox"/> Periodiek terugkerende korte hypomane episodes zonder tussenkomende depressieve symptomen
	<input type="checkbox"/> D. SCHIZOAFFECTIEVE STOORNIS (Manische of depressieve episode samengaan met hallucinaties/wanen, die ook aanwezig waren in een periode zonder opvallende stemmingssymptomen)		

C. Inducerende factoren: (Alles aankruisen wat van toepassing is)

	A. BIPOLAIRE I STOORNIS	B. BIPOLAIRE II STOORNIS	C. BIPOLAIRE STOORNIS NAO
0	<input type="checkbox"/> Geen inducerende factoren bekend	<input type="checkbox"/> Geen inducerende factoren bekend	<input type="checkbox"/> Geen inducerende factoren bekend
1	<input type="checkbox"/> Door <u>Antidepressivum-veroorzaakte Manie (Oorspronkelijk)</u>	<input type="checkbox"/> Door <u>Antidepressivum veroorzaakte Hypomanie (Oorspronkelijk)</u>	<input type="checkbox"/> Door <u>Antidepressivum veroorzaakte Hypomanie (< 4 dagen) (Oorspronkelijk)</u>
2	<input type="checkbox"/> Door Antidepressivum-veroorzaakte Manie met <u>daarop volgend een spontane manie (Oorspronkelijk-spontaan erop volgend)</u>	<input type="checkbox"/> Door Antidepressivum veroorzaakte Hypomanie met <u>daarop volgend een spontane hypomanie (Oorspronkelijk-spontaan erop volgend)</u>	<input type="checkbox"/> Door Antidepressivum veroorzaakte Hypomanie met <u>daarop volgend een spontane hypomanie (<4 dagen) (Oorspronkelijk-spontaan erop volgend)</u>
3	<input type="checkbox"/> Door <u>middelen</u> veroorzaakte Manie	<input type="checkbox"/> Door <u>middelen</u> veroorzaakte Hypomanie	<input type="checkbox"/> Door <u>middelen</u> veroorzaakte Hypomanie (< 4 dagen)
4	<input type="checkbox"/> Manie veroorzaakt door een <u>Somatische aandoening</u>	<input type="checkbox"/> Hypomanie veroorzaakt door een <u>Somatische aandoening</u>	<input type="checkbox"/> Hypomanie veroorzaakt door een <u>Somatische aandoening (< 4 dagen)</u>

2. Ernst van HUIDIGE episode

1. Licht 2. Matig 3. Ernstig zonder psychotische kenmerken
 4. Ernstig met psychotische kenmerken 5. Gedeeltelijk in remissie 6. Volledig in remissie

3. Is er bij de diagnose Bipolaire I, II of NAO-stoornis sprake van een regelmatig **seizoengebonden patroon** (d.w.z. het begin van de episode komt overwegend voor in het aangekruiste seizoen):

	0. NEE	1. WINTER	2. LENTE	3. ZOMER	4. HERFST	5. ONBEKEND
a. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hypomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **DSM-IV - As I: ANDERE LIFETIME KLINISCHE STOORNISSEN**

(Andere aandoeningen die een reden voor zorg kunnen zijn):

Geen andere lifetime klinische stoornissen

Diagnostische Code	DSM-IV Naam	Nu (afgelopen maand)	Vroeger	Begin (jaar)
a. _____ . _____	aa. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. _____ . _____	bb. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. _____ . _____	cc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. _____ . _____	dd. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. _____ . _____	ee. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5. **DSM IV - As II: PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN**

Geef aanwezigheid en ernst van persoonlijkheidsstoornis aan:

(Alles aankruisen wat van toepassing is)

		GEEN	LICHT (Kenmerken)	MATIG (Trekken)	ERNSTIG (Volledige Stoornis)
A. CLUSTER A:	1. paranoïde _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	2. schizoïde _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	3. schizotypische _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
B. CLUSTER B:	1. antisociale _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	2. borderline _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	3. theatrale _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	4. narcistische _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
C. CLUSTER C:	1. ontwijkende _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	2. afhankelijke _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	3. obsessieve-compulsieve _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

D. **Persoonlijkheidsstoornis NAO** Ja Neen



↓

N.B.: Deze categorie dient voor:

1. **Persoonlijkheidsstoornissen die niet voldoen aan de criteria voor één van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen.**
2. **De aanwezigheid van kenmerken van meer dan één specifieke persoonlijkheidsstoornis, terwijl niet voldaan wordt aan alle criteria voor een van deze stoornissen afzonderlijk ("gemengde persoonlijkheidsstoornis").**

Gebruik s.p.v. het bovenstaande schema voor de clusters A, B en C om de aanwezigheid en ernst van alle aanwezige kenmerken en trekken aan te geven.

6. DSM IV - As III: HUIDIGE SOMATISCHE AANDOENINGEN

Geen huidige somatische aandoeningen

HUIDIGE AANDOENING	IS DE MEDISCHE AANDOENING VAN INVLOED OP DE STEMMING VAN PATIËNT?			
	0. NEE	1. MOGELIJK	2. WAARSCHIJNLIJK	3. ZEKER
a. _____	aa. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	bb. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	cc. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. _____	dd. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	ee. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	ff. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	gg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Noteer alle medicijnen die de patient **MOMENTEEL** gebruikt (inclusief medicijnen voorgeschreven door andere artsen, vitaminepreparaten, vrij verkrijgbare medicijnen, etc.):

	A. Medicijnnaam	B. Totale Dagelijkse Dosis	C. Bloedspiegels (indien bekend)	en	D. Datum
a.	<input type="checkbox"/> Lithium	_____ mg	_____ mmol/l (0,6 - 1,2)	op	___/___/___
b.	<input type="checkbox"/> Carbamazepine	_____ mg	_____ µg/ml (4 - 12)	op	___/___/___
c.	<input type="checkbox"/> Valproaat	_____ mg	_____ µg/ml (50 - 150)	op	___/___/___
d.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
e.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
f.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
g.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
h.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
i.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
j.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___
k.	<input type="checkbox"/> _____	_____ mg	_____	op	___/___/___

8. DSM IV – As IV: STRESSFACTOREN (N.B.: dit is een enigszins uitgebreide/gewijzigde versie)

- A.** Noteer de ernst van elk van de volgende stressfactoren die mogelijk aanwezig waren gedurende de periode van 12 maanden **voorafgaand aan patiënt's huidige episode** (of meest recente episode indien patiënt nu geen episode doormaakt).
- B.** Kruis ook aan of stressfactoren aanwezig waren gedurende de 12 maanden **voorafgaand aan het begin van patiënt's eerste episode** van de bipolaire stoornis.

NB: deze en volgende vraag eventueel door patiënt laten invullen

	A.					B.				
	Aanwezig in de 12 maanden voor HUIDIGE EPISODE of MEEST RECENTE EPISODE					Aanwezig in de 12 maanden voor BEGIN ZIEKTE				
	STRESSFACTOR NIET AANWEZIG	GEEN INVLOED	LICHT	MATIG	ERNSTIG	STRESSFACTOR NIET AANWEZIG	GEEN INVLOED	LICHT	MATIG	ERNSTIG
<u>NEGATIEVE GEBEURTENISSEN:</u>										
a. Problemen met echtgeno(o)t(e) of partner	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Geen steun van familie	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. Verlies van belangrijk persoon door overlijden (b.v. vriend, familielid, ouder, echtgeno(o)t(e)/partner)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Verlies van sociale ondersteuning (b.v. verhuizen van vrienden, patiënt verhuisde etc.)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Ontbreken van een vertrouwenspersoon	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. Werkloosheidsproblemen	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Kan niet voldoen aan de vele eisen die binnen het sociale en beroepsmatig functioneren worden gesteld	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. Problemen met huisvesting (b.v. dakloos, geen goed onderdak)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. Opleidingsproblemen (problemen met studie onenigheid met leraren/docenten, analfabetisme etc.)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j. Problemen op het werk (b.v. dreigende werkloosheid; een belastend rooster; moeilijke werkomstandigheden; ontevreden met de baan; verandering van baan; onenigheid met baas of collega's)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
k. Financiële problemen	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
l. Justitiële problemen	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
m. Problemen die samenhangen met andere medische ziekten	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
n. Onvoldoende verzekerd voor medische zorg	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
o. Problemen met toegankelijkheid van de gezondheidszorg (ontoereikende faciliteiten op gebied van de gezondheidszorg, moeilijke bereikbaarheid van gezondheidszorg/GGZ faciliteiten etc.)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
p. Andere psychosociale problemen (Specificeer s.v.p.) _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

- C.** Noteer de invloed van van de volgende **positieve levensgebeurtenissen in de 12 maanden vóór het begin van patiënts huidige episode** (of de meest recente episode indien de patiënt nu geen episode doormaakt).
- D.** Noteer ook of een soortgelijke of een andere "positieve" stressfactor aanwezig was **in de 12 maanden vóór het begin van patiënts eerste episode** van de bipolaire stoornis.

INVLOED VAN STRESSFACTOR

C.

Aanwezig in de 12 maanden voor **HUIDIGE EPISODE** of **MEEST RECENTE EPISODE?**

D.

Aanwezig in de 12 maanden voor **BEGIN ZIEKTE?**

POSITIEVE LEVENSGEBEURTENISSEN:

	C.					D.				
	Aanwezig in de 12 maanden voor HUIDIGE EPISODE of MEEST RECENTE EPISODE?					Aanwezig in de 12 maanden voor BEGIN ZIEKTE?				
	STRESSFACTOR NIET AANWEZIG	GEEN INVLOED	LICHT	MATIG	ERNSTIG	STRESSFACTOR NIET AANWEZIG	GEEN INVLOED	LICHT	MATIG	ERNSTIG
a. Aanvang van school/studie	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Verloving	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. Huwelijk	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Geboorte van kind	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Promotie (bij eigen werkgever)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. Een huis gekocht	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Eindexamen/afstuderen	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. Verandering van baan (met promotie)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. Andere (<i>Specificeer s.v.p.</i>) _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j. Andere (<i>Specificeer s.v.p.</i>) _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
k. Andere (<i>Specificeer s.v.p.</i>) _____	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

12. Heeft de patiënt het onderstaande **CYCLING BELOOP** in de voorgeschiedenis?

	0. NEE	1. MOGELIJK	2. WAARSCHIJNLIJK	3. ZEKER
a. Rapid cycling (4 of meer episodes/jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ultra rapid cycling (enige episodes < 1 week)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ultra-ultra rapid cycling (meer dan 1 episode/dag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Heeft de patiënt een **GEÏNDUCEERDE HYPOMANIE/MANIE** in de voorgeschiedenis?

	0. NEE	1. MOGELIJK	2. WAARSCHIJNLIJK	3. ZEKER	Specificeer s.v.p. medicatie/stoffen		
					(1)	(2)	(3)
A. Door antidepressivum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa _____	_____	_____
B. Door alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bb _____	_____	_____
C. Door ander middel/drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cc _____	_____	_____
D. Door steroïden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dd _____	_____	_____
E. Door andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ee _____	_____	_____

14. Heeft de patiënt een **GEÏNDUCEERDE DEPRESSIE** in de voorgeschiedenis?

	0. NEE	1. MOGELIJK	2. WAARSCHIJNLIJK	3. ZEKER	Specificeer s.v.p. medicatie/stoffen		
					(1)	(2)	(3)
A. door antipsychoticum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa _____	_____	_____
B. door alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bb _____	_____	_____
C. door ander middel/drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cc _____	_____	_____
D. door steroïden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dd _____	_____	_____
E. door andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ee _____	_____	_____

15. Heeft de patiënt een **GEÏNDUCEERDE CYCLUSVERSNELLING** in de voorgeschiedenis?

	0. NEE	1. MOGELIJK	2. WAARSCHIJNLIJK	3. ZEKER	Specificeer s.v.p. medicatie/stoffen		
					(1)	(2)	(3)
A. door antidepressivum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa _____	_____	_____
B. door alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bb _____	_____	_____
C. door ander middel/drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cc _____	_____	_____
D. door steroïden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dd _____	_____	_____
E. door andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ee _____	_____	_____

16. Heeft de patiënt een **ONTSTEMDE (GEÏRRITEERDE/DYSFORE) MANIE** in de voorgeschiedenis?

- A. 1. Nee **Ga naar vraag 17**
 2. Mogelijk
 3. Waarschijnlijk
 4. Zeker
- B. Bij elke manische episode?
 1. Nee
 2. Soms
 3. Doorgaans wel
 4. Vrijwel altijd

17. Heeft de patiënt een **PSYCHOSE** in de voorgeschiedenis? *(Alles aankruisen wat van toepassing is)*

1. Nee
 2. Alleen tijdens manische episodes
 3. Alleen tijdens depressieve episodes
 4. Tijdens manische én depressieve episodes
 5. Gedurende periodes zonder stemmingssymptomen

18. Heeft de patiënt **MIDDELENMISBRUIK** in de voorgeschiedenis? (Alles aankruisen wat van toepassing is)

a. **Neen**: Patiënt heeft geen middelenmisbruik in de anamnese Ga naar vraag 19

	A.		B.	C.	D.
	Ja	Nee	Heden	Verleden	Leeftijd bij aanvang:
b. Alcoholmisbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
c. Drugsmisbruik (Specificeer drugs)					
1. Sedativa/hypnotica/anxiolytica (benzodiazepinen, barbituraten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
2. Cannabis (marihuana, hasj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
3. Stimulantia (amfetaminen, Ritalin, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
4. Opiaten (incl codeïne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
5. Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
6. Hallucinogenen (LSD, mescaline, paddestoelen, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
7. Phencyclidine (angel dust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
d. Andere (Specificeer s.v.p.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
e. Andere (Specificeer s.v.p.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ jaar
f. <input type="checkbox"/> Onbekend of patiënt middelenmisbruik in de anamnese heeft					

19. Beoordeel de mate van **inzicht** van de patiënt in zijn/haar bipolaire stoornis.

- 1. Erkent een stemmingsstoornis te hebben waarvoor behandeling nodig is
- 2. Erkent de ziekte maar betwijfelt de noodzaak voor behandeling
- 3. Erkent de ziekte maar schrijft deze toe aan slecht voedsel, het klimaat, overwerk enz.
- 4. Ontkent ziek te zijn

20. Noteer de **bronnen die gebruikt** zijn bij het invullen van deze vragenlijst:

(Alles aankruisen wat van toepassing is)

- 1. Informatie **alleen** gebaseerd op gesprek met **de patiënt**
- 2. Gesproken met **andere artsen** die de patiënt in het verleden hebben behandeld of die nu de patiënt behandelen voor andere ziekten
- 3. **Vroegere documenten** geraadpleegd
- 4. Gesproken met de **familie van de patiënt**
- 5. Anders: _____
(Specificeer s.v.p.)

21. Beoordeel de mate van betrouwbaarheid/juistheid van de informatie:

- 1. Zeer betrouwbaar
- 2. Betrouwbaar
- 3. Redelijk betrouwbaar
- 4. Onbetrouwbaar

SCHAAL VOOR DE ALGEMENE BEOORDELING VAN HET FUNCTIONEREN (GAF-C)

Ken een score toe voor de slechtste en de beste week sinds de laatste beoordelingsperiode en voor het gemiddeld functioneren in de afgelopen week (gemiddeld functioneren moet worden gewogen ten opzichte van het slechtste functioneren in de afgelopen week).

Bij acute beoordeling alleen het gemiddeld functioneren van de afgelopen week weergeven. Beoordeel het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren volgens een hypothetisch continuüm van geestelijke gezondheid naar psychische stoornis. Reken hier niet de beperkingen in functioneren toe die het gevolg zijn van lichamelijke (of omgevings-) factoren.

(N.B.:Gebruik indien nodig tussenliggende codes, bijvoorbeeld 45, 68, 72)

- 100-91 **Uitstekend functioneren** bij een groot aantal activiteiten, levensproblemen lijken nooit uit de hand te lopen, men komt naar hem/haar toe vanwege de vele positieve kwaliteiten. Geen symptomen.
- 90-81 **Geen of minimale verschijnselen** (bijvoorbeeld lichte examenvrees), goed functioneren op alle terreinen, belangstellend en betrokken bij een grote reeks activiteiten, effectieve sociale vaardigheden, in het algemeen tevreden met het bestaan, niet meer dan alledaagse problemen of zorgen (bijvoorbeeld slechts af en toe ruzie met gezins- of familieleden).
- 80-71 Indien verschijnselen aanwezig, dan zijn dit **voorbijgaande en te verwachten** reacties op psychosociale stressveroorzakende factoren (bijvoorbeeld concentratieproblemen na een familieruzie); niet meer dan lichte beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school (bijvoorbeeld tijdelijk wat achter raken met de studie).
- 70-61 Enkele lichte verschijnselen (bijvoorbeeld depressieve stemming en slapeloosheid) **OF enkele problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school** (bijvoorbeeld af en toe spijbelen of stelen binnen het eigen gezin), maar in het algemeen vrij redelijk functioneren, heeft enkele betekenisvolle persoonlijke contacten.
- 60-51 Matige verschijnselen (bijvoorbeeld vlak affect en wijdlopijge spraak, af en toe paniekaanvallen) **OF** matige problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school (bijvoorbeeld weinig vrienden, conflicten met leeftijdgenoten of collega's).
- 50-41 Ernstige verschijnselen (bijvoorbeeld suïcidedgedachten, ernstige dwangmatige rituelen, frequent winkeldiefstallen) **OF ernstige beperking in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school** (bijvoorbeeld geen vrienden, niet in staat een baan te behouden).
- 40-31 Enige beperking in de 'Reality Testing' of de communicatie (bijvoorbeeld de spraak is bij tijden onlogisch, vaag of niet ter zake) **OF belangrijke beperkingen op verschillende terreinen** zoals werk, school, gezins- of familierelaties, oordeelsvorming, denken of stemming (bijvoorbeeld depressieve man gaat vrienden uit de weg, verwaarloost gezin, en is niet in staat om te werken; kind slaat vaak kleinere kinderen in elkaar, is thuis opstandig en mislukt op school).
- 30-21 Het gedrag wordt in ernstige mate beïnvloed door wanen of hallucinaties **OF** ernstige beperkingen in communicatie of oordeel (bijvoorbeeld soms incoherent, grove ongepaste handelingen, preoccupatie met suïcidedgedachten) **OF onvermogen om te functioneren op bijna alle terreinen** (bijvoorbeeld blijft de hele dag in bed; geen werk, huis of vrienden).
- 20-11 Enig gevaar voor zichzelf of anderen (bijvoorbeeld suïcide pogingen zonder de duidelijke verwachting dood te zullen gaan, terugkerende gewelddadigheid, manische opwindings) **OF af en toe ernstige verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne** (bijvoorbeeld faeces smeren) **OF** grove beperkingen in de communicatie (bijvoorbeeld in hoge mate incoherent of mutistisch).
- 10-1 Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf of anderen (bijvoorbeeld terugkerende gewelddadigheid) **OF voortdurend niet in staat tot een minimale persoonlijke hygiëne** **OF** ernstige suïcide pogingen met de duidelijke verwachting dood te zullen gaan.
- 0 Onvoldoende informatie.

PATIËNT VRAGENLIJST BIPOLAIRE STOORNISSEN (QBP-NL) DEEL B

(Ingevuld door patiënt)

Patiënt naam _____ Man Vrouw Geboortedatum ___/___/_____

Datum invullen ___/___/_____

22. Wat is uw lengte _____ cm

23. Wat is uw gewicht (*Alles invullen*)

a. Momenteel	_____ kg
b. Normaal	_____ kg
c. Hoogste afgelopen jaar	_____ kg
d. Laagste afgelopen jaar	_____ kg

24. Wat is uw culturele herkomst

- 1. Nederland
- 2. Suriname/Nederlandse Antillen
- 3. Turkije
- 4. Marokko
- 5. Azië
- 6. Anders (*Specificeer s.v.p.*) _____

25. Wat is uw huidige burgerlijke staat

- 1. Getrouwd
- 2. Samenwonend
- 3. Alleenstaand
- 4. Gescheiden
- 5. Weduwe/weduwnaar

26. Wat is uw hoogst **voltooide** schoolopleiding:

- 1. Lagere school; basisonderwijs groep 3 en hoger; speciaal basisonderwijs
- 2. Voortgezet lager onderwijs; lavo; lager beroepsonderwijs (b.v. vmbo, lts, lhno, huishoudschool, leao, lager land- en tuinbouwonderwijs); ulo, mulo/mavo; 3 jaar of minder havo/vwo; voorgezet speciaal onderwijs
- 3. Middelbaar onderwijs: hbs, mms, gymnasium, havo 4 en 5, vwo 4 t/m 6; middelbaar beroepsonderwijs (b.v. mts, meao); leerlingwezen
- 4. Hoger beroepsonderwijs (b.v. hts, heao, sociale academie, lerarenopleiding); wetenschappelijk onderwijs t/m propaedeuse of kandidaats
- 5. Wetenschappelijk onderwijs (doctoraal, ingenieurs opleiding); post hbo-onderwijs
- 6. Tweede fase opleiding; post-doctorale opleiding; promotie

27. Wat is de hoogst **voltooide** schoolopleiding van uw **ouders**?

a. Moeder

b. Vader

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Zie vraag 26, mogelijkheid 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Zie vraag 26, mogelijkheid 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Zie vraag 26, mogelijkheid 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Zie vraag 26, mogelijkheid 4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Zie vraag 26, mogelijkheid 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Zie vraag 26, mogelijkheid 6 |

28. Wat is uw **huidige werksituatie** (*Alles aankruisen wat van toepassing is*)

- 1. Fulltime baan passend bij mijn opleidingsniveau
- 2. Fulltime werkzaam in het (eigen) huishouden
- 3. Fulltime baan beneden mijn opleidingsniveau
- 4. Parttime baan
- 5. Studie aan school/universiteit fulltime
- 6. Studie aan school/universiteit parttime
- 7. Werkloos, maar werkzoekend
- 8. Vrijwilligerswerk
- 9. Tijdelijke arbeidsplaats (TAP) in het kader van herintreding
- 10. Sociale werkvoorziening
- 11. Niet mogelijk om te werken, b.v. WAO
- 12. Gepensioneerd
- 13. Anders (*Specificeer s.v.p.*) _____

29. In welke mate wordt uw beroepsmatig functioneren beperkt door uw manisch-depressieve stoornis?

- 0. Geen beperkingen
- 1. Licht
- 2. Matig
- 3. Aanmerkelijk
- 4. Ernstig

30. Hoe tevreden bent u over het algemeen met uw leven bij ziekte en bij gezondheid?

	1. ERG ONTEVREDEN	2. ONTEVREDEN	3. ENIGSZINS ONTEVREDEN	4. NEUTRAAL	5. ENIGSZINS TEVREDEN	6. TEVREDEN	7. ERG TEVREDEN
a. Indien depressief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Indien manisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Indien gezond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van **DEPRESSIE** (en geen manisch-depressieve stoornis, dus geen manie of hypomanie)?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van een **MANISCH-DEPRESSIEVE (BIPOLAIRE) STOORNIS** (voorgeschiedenis van manie of hypomanie)?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van **PSYCHOSE** (bijvoorbeeld schizofrenie)?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van **SUÏCIDE** en/of een **ERNSTIGE SUÏCIDEPOGING**?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van **ALCOHOLISME**?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Is er iemand van uw **naaste familie** (grootouders, ouders, broers en zusters, of kinderen) met een voorgeschiedenis van **DRUGS- OF MIDDELENMISBRUIK** (gebruik van illegale drugs of misbruik van voorgeschreven medicatie)?

	1. NEE	2. MOGELIJK	3. WAARSCHIJNLIJK	4. ZEKER (Diagnose gesteld of behandeld)	5. WEET NIET	6. N.V.T.
a. Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Grootmoeder van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Grootvader van moederszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Grootmoeder van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Grootvader van vaderszijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Broers/zusters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Op welke leeftijd had u

Leeftijd bij aanvang: N.v.t.

- a. Voor het eerst **symptomen van depressie** met invloed op uw functioneren _____ jaar
- b. Voor het eerst **symptomen van hypomanie of manie** _____ jaar
- c. Voor het eerst behandeling met **medicijnen voor depressie** _____ jaar
- d. Voor het eerst behandeling met **medicijnen voor hypomanie of manie** _____ jaar
- e. Voor het eerst een **opname voor depressie** _____ jaar
- f. Voor het eerst een **opname voor hypomanie of manie** _____ jaar

38. Bent u ooit **verbaal of emotioneel mishandeld** (zoals intimidatie, bedreigingen, vernedering of ernstig uitschelden wat ernstige emotionele schade bij u veroorzaakte)?

	0. NOOIT	1. ZELDEN	2. SOMS	3. VAAK
a. Als kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Als adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Als volwassene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Bent u ooit **lichamelijk aangevallen of mishandeld** (d.w.z. zijn er ervaringen met lichamelijk letsel of schade toegebracht door een ander zoals door slaan, door stompen, door schoppen, door bijten, door branden, door wurgen of door een aanval met een wapen)?

	0. NOOIT	1. ZELDEN	2. SOMS	3. VAAK
a. Als kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Als adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Als volwassene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Bent u ooit **aangerand of seksueel mishandeld** (d.w.z. zijn er ervaringen met seksuele geweldpleging, aanranding of gedwongen seksuele activiteiten)?

	0. NOOIT	1. ZELDEN	2. SOMS	3. VAAK
a. Als kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Als adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Als volwassene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Kunt u een schatting geven hoe vaak u het volgende in uw leven heeft meegemaakt?
(Huidige episode/opname niet meetellen)

	0. NUL	1. EEN	2. TWEE	3. DRIE	4. VIER	5. 5-10	6. 11 TOT 20	7. 20+
a. Hypomane/manische episodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Opnames voor manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depressieve episodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Opnames voor depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. **Rookt u gewoonlijk?**

- A. 1. Nee **Ga naar vraag 44.**
 2. Ja
- B. → Gemiddeld aantal sigaretten per dag _____
C. → Gemiddeld aantal pijpen per dag _____
D. → Gemiddeld aantal sigaren per dag _____

43. Als u **momenteel rookt**, hoe lang rookt u al? ____ jaar **Ga naar vraag 46.**

44. Als u **momenteel niet rookt**: Heeft u eerder gerookt?

1. Nee **Ga naar vraag 46.**
 2. Ja
- B. → Gemiddeld aantal sigaretten per dag _____
C. → Gemiddeld aantal pijpen per dag _____
D. → Gemiddeld aantal sigaren per dag _____

45. Als u **eerder gerookt heeft**, hoe lang heeft u gerookt? ____ jaar

46. Hoeveel kopjes **cafeïne bevattende koffie** drinkt u gewoonlijk per dag?

1. Geen
 2. 1 tot 2
 3. 3 tot 4
 4. 5 tot 6
 5. 7 of meer

47. Hoeveel andere **cafeïne bevattende drankjes** (thee, cola etc.) drinkt u gewoonlijk per dag?

1. Geen
 2. 1 tot 2
 3. 3 tot 4
 4. 5 tot 6
 5. 7 of meer

48. Gebruikt u gewoonlijk alcohol?

- A. 1. Nee **Ga naar vraag 50.**
 2. Ja
B. → Gemiddeld aantal consumpties per dag _____

49. Als u **momenteel alcohol gebruikt**, hoe lang gebruikt u al? ____ jaar **Ga naar vraag 52.**

50. Als u **momenteel geen alcohol gebruikt**: Heeft u eerder alcohol gebruikt?

1. Nee **Ga naar vraag 48.**
 2. Ja
B. → Gemiddeld aantal consumpties per dag _____

51. Als u **eerder alcohol gebruikt heeft**: Hoe lang heeft u gebruikt? ____ jaar

52. Als u nu, of eerder, alcohol (heeft) gebruikt: Heeft u ooit **teveel gedronken**?

1. Nee
 2. Ja

53. Hoeveel **lichaamsbeweging** heeft u (d.w.z. lichaamsbeweging van ongeveer 20 minuten of meer zoals wandelen, zwemmen, fietsen, aerobic, hometrainer etc.)?

1. Helemaal niet
 2. Zelden (1 tot 2 keer per maand)
 3. Soms
 4. Vaak (1 tot 2 keer per week)
 5. Erg vaak (3 tot 4 keer per week)
 6. Dagelijks

54. Hoe geregeld neemt u de door uw psychiater/arts voorgeschreven medicijnen in voor uw bipolaire ziekte?

0. Nooit medicijnen voorgeschreven gekregen voor behandeling van bipolaire stoornis
 1. Sla nooit of bijna nooit over
 2. Sla soms over (één of twee keer per maand)
 3. Sla veelvuldig over (enkele keren per week)
 4. Sla vaak over

55. Hoe vaak heeft u zelfmoordgedachten gehad, **gedurende uw depressieve episodes** in het verleden?

- 1. Nooit
- 2. Af en toe
- 3. Vaak
- 4. Voortdurend

56. Hoe vaak heeft u zelfmoordgedachten gehad, **gedurende uw manische of gemengde episodes** in het verleden?

- 1. Nooit
- 2. Af en toe
- 3. Veelvuldig
- 4. Voortdurend

57. Hoeveel ernstige zelfmoordpogingen (d.w.z. medische zorg noodzakelijk, Eerste Hulp bezoek of ziekenhuisopname noodzakelijk) heeft u in het verleden gedaan?

- 1. Geen
- 2. Eén
- 3. Twee
- 4. Drie
- 5. Vier of meer

58. In hoeverre heeft u **op dit moment** zelfmoordgedachten?

- 1. Helemaal niet
- 2. Licht (korte, vluchtige gedachten over zelfmoord of af en toe gedachten dat het beter zou zijn om dood te zijn)
- 3. Matig (veelvuldig gedachten over zelfmoord en/of begonnen met het bedenken van plannen over zelfdoding)
- 4. Ernstig (constant denken over zelfmoord of voorbereidingen getroffen voor een serieuze zelfmoord poging)

Indien u zelfmoordgedachten heeft: bespreek deze dan altijd met uw behandelaar

59. In welke mate is **stigmatisering** door bipolaire ziekte van invloed op u?

- 1. Helemaal niet (kan gemakkelijk mijn diagnose bekend maken aan bijna alle familieleden, vrienden en collega's).
- 2. Licht (kan gemakkelijk mijn diagnose bekend maken aan de meeste, maar niet alle familieleden, vrienden en collega's).
- 3. Matig (kan gemakkelijk mijn diagnose bekend maken aan een klein aantal familieleden, vrienden en collega's).
- 4. Ernstig (kan mijn diagnose bekend maken aan bijna niemand van mijn familie, vrienden en collega's)

60. Kruis alle informatiebronnen aan die u heeft gebruikt bij het invullen van deze vragenlijst:
(Alles aankruisen wat van toepassing is)

- 1. Heb geen enkele andere informatiebron gebruikt.
- 2. Heb gesproken met familieleden en/of vrienden.
- 3. Heb dagboeken, agenda's of andere notities van mijzelf nagelopen.
- 4. Heb gesproken met mijn arts, psychiater of therapeut.
- 5. Dossiers nagelopen van vorige opnames.
- 6. Aantekeningen en samenvattingen etc. van de arts nagelopen indien deze beschikbaar waren.
- 7. Uitdraaien van de apotheek nagelopen.
- 8. Anders: (*Specificeer s.v.p.*) _____

61. In overweging nemend dat wij u tal van gedetailleerde vragen hebben gesteld met betrekking tot uw ziekte, sociaal en beroepsmatig functioneren, familiegegevens etc., hoe zou u uw antwoorden omschrijven?

- 1. Erg nauwkeurig
- 2. Veelal nauwkeurig
- 3. Enigszins nauwkeurig
- 4. Veelal gissingen

DANK VOOR UW MEDEWERKING !