

Aanmeldformulier FAIR-PARK - II

Datum registratie:

__|__|__|__|__|_2_|_0_|_1_|__|__|
d d m m j j j j

U kunt een patiënt aanmelden indien u bij de inclusie-criteria **alle** vragen met “ja” en bij de exclusie-criteria **alle** vragen met “nee” hebt beantwoord *en* patiënt **toestemming** geeft voor registratie

Vervolgens faxt u dit formulier naar: 024 3618860

De *onderzoeksverpleegkundige* draagt vervolgens zorg voor alle studiehandelingen

Toestemming aanmelden patiënt

	Ja	Nee
Patiënt geeft toestemming dat zijn contactgegevens aan de FAIR-PARK-onderzoeksverpleegkundige worden doorgegeven. Hier is een notitie van gemaakt in het medisch dossier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum toestemming:

__|__|__|__|__|_2_|_0_|_1_|__|__|
d d m m j j j j

Inclusie-criteria

	Ja	Nee
1. Idiopathische ziekte van Parkinson volgens UK-brainbank criteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De diagnose ziekte van Parkinson is gesteld in de afgelopen 18 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De patiënt is volwassenen (>21 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanmeldformulier FAIR-PARK - II

Exclusie-criteria

	Ja	Nee
1. Ziekte duur (gerekend vanaf datum diagnose) langer dan 18 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verwachting dat de patiënt niet zonder symptomatische medicatie kan functioneren in de komende 9 maanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hoehn en Yahr stadium 3 of meer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aanwijzingen voor cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld Mini Mental State Examination (MMSE) < 24 punten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diagnose ernstige depressie, psychose, bipolaire stoornis gesteld door een psychiater op basis van de DSM-V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Voorgaande behandeling met Parkinsonmedicatie, zoals: levodopa, dopamine-agonist, monoamine-oxidase B-remmer, catechol-O-methyltransferase-remmer of amantadine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aanwezigheid van of tekenen wijzend op een atypische of secundaire oorzaak van parkinsonisme zoals:		
- medicatie welke parkinsonisme kan veroorzaken zoals: (bv. metoclopramide, cinarizine, antipsychotica, natriumvalproaat, lithium, amiodarone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metabole stoornissen (bv. ziekte van Wilson);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- encephalitis;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vasculair parkinsonisme;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- multipale hoofd-traumata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bloedarmoede of een andere hematologische ziekte; hemochromatose is geen exclusie criterium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zwangerschap of borstvoeding; vrouwen die kinderen kunnen krijgen moeten anti-conceptie gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Overgevoelig voor deferiprone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Agranulocytose of agranulocytose in de voorgeschiedenis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Behandeling met het risico op agranulocytose (clozapine, Closaril®/Leponex®).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ernstige comorbiditeit die de levensverwachting beperkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanmeldformulier FAIR-PARK - II

Contactgegevens patiënt

Geslacht man
 vrouw

Voornaam _____

Achternaam _____

Geboortedatum
d d m m j j j j

Adres _____

Postcode

Plaats _____

Telefoonnummer 1 _____

Telefoonnummer 2 (zo nodig) _____

Verklaring en contactgegevens van de neuroloog

Hierbij verklaar ik dat alle gegevens op compleetheit en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Naam neuroloog _____

Naam ziekenhuis _____

Adres _____

Postcode _____

Telefoonnummer _____

E-mail _____

Datum
d d m m j j j j