

EWMM KISS Questionnaire

Personalia:

• Patiëntnummer:		• Initialen	
• Geboortedatum		• Geslacht	M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
• Geb. datum moeder:	DD - MM - JJJJ	• Geb. datum vader:	DD - MM - JJJJ
Data in DD-MM-JJJJ formaat invullen		• Postcode:	
• Ingevuld door: (de ouder die de meeste tijd aan het kind besteed)		Moeder <input type="checkbox"/>	Vader <input type="checkbox"/>
• Burgerlijke staat:		Alleenstaand <input type="checkbox"/>	Anders <input type="checkbox"/>

Vóór de behandeling:

Deel 1 – Ouders – Vragen 1 t/m 30

Algemeen:

1 Is uw kind al vaker behandeld voor klachten als deze?

2 Was het bij dit kind uw eerste bevalling?

Zo nee, de hoeveelste bevalling was dit voor u? ¹

- 2e
- 3e
- 4e
- meer dan 4

3 Zijn andere kinderen ook voor soortgelijke klachten behandeld?

Zo ja welk kind was dat? ²

- 1e
- 2e
- 3e
- 4e
- een volgend kind

4 Zou u graag meer tijd aan uw kind besteden?

5 Ervaart u de stress in uw leven als belastend?

6 Waar bent u woonachtig?

- op het platteland
- in een dorp
- in een kleine stad
- in een grote stad

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Kalibratielijijn.

Voordat dit formulier wordt ingevuld dient u zich ervan te vergewissen dat de onderstaande lijn exact 10 cm lang is.



¹ Indien er een kleine "1" achter de vraag geplaatst is, dan is er slechts 1 keuze mogelijk.

² Indien er een kleine "2" achter de vraag geplaatst is, dan zijn er 2 of meer keuzes mogelijk.

Lidnummer KNGF:		Formuliernummer:	
-----------------	--	------------------	--

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

Periode vóór de bevalling:

- 7 Was er sprake van een twee- of meerling?
- 8 Was er sprake van een afwijkende ligging in de baarmoeder?
Zo ja welke ligging betrof het? ¹
- achterhoofdsligging
 - stuitligging
 - voorhoofdsligging (keizersnede)
 - aangezichtsligging
 - onbekend

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

- 9 Was er sprake van complicaties bij de moeder?²
Zo ja, welke probleem betrof het?
- (zwangerschaps)diabetes
 - hoge bloeddruk
 - anders

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

De bevalling zelf:

- 10 Wie heeft bij de bevalling geholpen? ¹
- de verloskundige
 - de gynaecoloog
 - de huisarts
 - anders
- 11 Hoe lang heeft de zwangerschap geduurd? ¹
- Minder dan 30 weken
 - 30 - 31 weken
 - 32 – 33 weken
 - 34 – 35 weken
 - 36 – 37 weken
 - 38 – 39 weken
 - 40 – 41 weken
 - langer dan 42 weken

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

- 12 Was het kind bij de bevalling ook dysmatuur? (te laag gewicht voor de duur van de zwangerschap)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 13 Hoe lang heeft de bevalling geduurd, gerekend vanaf de 1^e perswee? ¹
- minder dan 1 uur
 - 1 – 2 uren
 - 3 – 4 uren
 - 5 – 8 uren
 - 9 – 11 uren
 - 12 – 24 uren
 - 1 – 2 dagen
 - meer dan 2 dagen

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Lidnummer KNGF:		Formuliernummer:	
-----------------	--	------------------	--

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

- 14 Was er sprake van een normale bevalling?
(zonder onderstaande complicaties)
Zo nee, betrof het ²
- een vacuümextractie (zuignap)
 - een tangverlossing
 - een keizersnede
 - trekken aan het hoofdje door de verloskundige / gynaecoloog
- 15 Hoeveel weken vóór de bevalling is het kind in gaan dalen? ¹
- 0 - 3 weken
 - 4 – 6 weken
 - 7 weken of langer
 - weet ik niet
- 16 Vlak na de bevalling wordt tot 2 maal toe een aantal testen gedaan waarvoor punten worden toegekend, de zogenaamde APGAR score. Wat was daarvan de score bij uw kind? (U kunt dit eventueel bij de verloskundige of gynaecoloog navragen)
- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| APGAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| • 1e score ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 2e score ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 17 Zijn er bij de geboorte botbreuken ontstaan bij het kind?
- 18 Zijn er bij de geboorte verlammingen ontstaan bij het kind?
- 19 Zijn er bij de geboorte bloeditstoringen ontstaan bij het kind?
- 20 Had het kind de navelstreng om de nek?
- 21 Zat er ontlasting in het vruchtwater?

Periode na de bevalling:

- 22 Wie heeft het doorslaggevende advies gegeven om naar de KISS therapeut te gaan? ¹
- de huisarts
 - de kinderarts
 - de consultatiebureauarts (CB – arts)
 - de kinderfysiotherapeut
 - de manueel therapeut
 - de verloskundige
 - eigen initiatief
 - anders
- 23 Hoe lang hebt u vóór uw eerste bezoek aan de KISS therapeut in het (para)medische circuit aandacht gevraagd voor het probleem van uw kind? ¹
- 0 – 6 maanden
 - 7 – 12 maanden
- 24 **Geeft u of hebt u het kind borstvoeding gegeven?**
- Ga bij “Nee” naar vraag 25 en bij “Ja” naar vraag 26

Lidnummer KNGF:		Formuliernummer:	
-----------------	--	------------------	--

		Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
25	Welke van de onderstaande redenen was voor u de meest doorslaggevende reden om geen borstvoeding te geven of met het geven van borstvoeding te stoppen? ¹			
	• overmatig huilgedrag van het kind	<input type="checkbox"/>		
	• moeilijk of niet aan te leggen	<input type="checkbox"/>		
	• ontbreken van zuigreflex	<input type="checkbox"/>		
	• anders	<input type="checkbox"/>		
26	Welke van de volgende symptomen herkent u bij uw kind? ²			
	• afwijkende stand van het hoofdje	<input type="checkbox"/>		
	• afwijkende houding van de romp	<input type="checkbox"/>		
	• wil niet op de buik liggen	<input type="checkbox"/>		
	• te veel spanning in 1 arm en – of been	<input type="checkbox"/>		
	• overmatig huilen	<input type="checkbox"/>		
	• schrikkerig	<input type="checkbox"/>		
	• onrustig	<input type="checkbox"/>		
	• slaapstoornissen	<input type="checkbox"/>		
	• duidelijke voorkeurshouding	<input type="checkbox"/>		
	• problemen met knuffelen	<input type="checkbox"/>		
	• grijpen naar hoofd / oortjes	<input type="checkbox"/>		
	• zuigproblemen	<input type="checkbox"/>		
	• slikproblemen	<input type="checkbox"/>		
	• reflux (terugspuwen van de voeding)	<input type="checkbox"/>		
	• darmkrampjes	<input type="checkbox"/>		
	• problemen met de ontlasting	<input type="checkbox"/>		
	• allergieën	<input type="checkbox"/>		
	• luchtweginfecties	<input type="checkbox"/>		
	• storingen in lichaamstemperatuur	<input type="checkbox"/>		
	• heupafwijking	<input type="checkbox"/>		
	• anders, namelijk ³ (zie voetnoot)	<input type="checkbox"/>		

Geef in het onderstaande vak aan wat u onder de optie “anders” verstaat waarvoor u bij vraag 26 hebt gekozen.

³ Behalve het aankruisen van het vakje, dient u ook een schriftelijke toelichting te geven van de keuze die u hebt gemaakt in het daarvoor bestemde vak dat hierboven in weergegeven.

• **Deel 2 – Therapeut – Vragen 31 t/m 41**

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

31	Wat was de begindatum van de behandelsessie?	<input type="text" value="DD - MM - JJJ"/>	(DD – MM – JJJJ)	
32	Is er een X-opname van het hoogcervicale complex gemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Heeft het kind een voorkeurshouding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	Is er sprake van een dwangstand? Hoe is de eventuele asymmetrie benoembaar? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Linksrotatie – rechtslateroflexie	<input type="checkbox"/>		
	• Linksrotatie - linkslateroflexie	<input type="checkbox"/>		
	• Rechtsrotatie – linkslateroflexie	<input type="checkbox"/>		
	• Rechtsrotatie - rechtslateroflexie	<input type="checkbox"/>		
35	Is hierbij ook nog sprake van overstrekking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Is er een “kale” plek waarneembaar op het achterhoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Is er sprake van een opisthotone houding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Is er sprake van een plagiocefalie? Zo ja, hoe is die benoembaar? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Dorsolateraal links	<input type="checkbox"/>		
	• Dorsomediaal	<input type="checkbox"/>		
	• Dorsolateraal rechts	<input type="checkbox"/>		
39	Is er sprake van een aangezichtsasymmetrie? Zo ja, aan welke zijde bevindt zich de afwijking? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• links	<input type="checkbox"/>		
	• rechts	<input type="checkbox"/>		
40	Welke van de volgende testen uit het onderzoeksprotocol zijn positief? ²	+	-	
	• rotatietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• lateroflexietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• lateraalkieptest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Vojta reactie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• tractietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sell craniaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Mobiliteitstest SIG en heupgewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sell gluteaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Zijn er functiestoornissen gevonden in andere regio's?	+	-	
	• C3 t/m C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• CTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• TWK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• TLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• LWK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na de behandeling:

• Deel 3 – Ouders – Vragen 42 t/m 46

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

42 Als u het resultaat van de behandeling aan zou moeten geven in één van onderstaande waarderingen, waar kiest u dan voor? ¹

- geheel genezen
- veel vooruit gegaan
- vooruit gegaan
- gelijk gebleven
- verslechterd
- veel verslechterd
- slechter dan ooit

43 Als u de symptomenverandering aan zou moeten geven in procenten, met hoeveel % zijn de symptomen dan verminderd in vergelijking met de periode vóór aanvang van de behandeling? (0% = geen verandering en 100% = klachtenvrij)

44 Na welke behandeling trad het meest merkbare resultaat op? ¹

- niet van toepassing
- 1^e behandeling
- 2^e behandeling
- 3^e behandeling
- 4^e behandeling
- 5^e behandeling of later

45 Hoe snel na de behandeling trad de meeste symptoomvermindering op? ¹

- niet van toepassing
- 1 dag
- 2 – 3 dagen
- 4 – 5 dagen
- 1 week
- 2 weken
- 3 weken
- 4 weken en meer
- later dan 4 weken

46 Is er nog sprake van een voorkeurshouding?

47 Wilt u middels het zetten van een streepje **op** de onderstaande lijn aangeven hoe de symptomen tijdens de gehele behandelduur zijn veranderd?

Helemaal links is er **géén verandering** (de klachten zijn dan onveranderd) en helemaal rechts is er sprake van **maximale verandering** (de klachten zijn dan verdwenen).

Min.

Max.

• **Deel 4 – Therapeut – Vragen 47 t/m 56**

Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
----	-----	--------------------------

- 48 Wat was de einddatum van de behandelsessie? DD - MM - JJJ (DD – MM – JJJJ)
- 49 Hoeveel behandelingen zijn er in totaal gegeven? ¹
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - meer dan 5
- 50 Wat was de gemiddelde interval tussen de behandelingen? ¹
- 1 week
 - 2 weken
 - 3 weken
 - 4 weken
 - 5 weken
 - meer dan 5 weken
- 51 Zijn passief hoog cervicaal beide rotatie-heterolateroflexie bewegingen symmetrisch te maken?
- 52 Op welke niveaus / regio's is manipulatief respectievelijk mobiliserend therapeutisch ingegrepen? ²
- C0 - C1
 - C1 - C2
 - C2 - C3
 - C3 t/m C7
 - CTO
 - TWK
 - TLO
 - LWK
 - SIG
 - heup
 - anders
- 53 Welke manuele technieken zijn gebruikt? ²
- tractie
 - flexiemobilisatie C0-C1
 - laterale impuls atlas
 - mobilisatie C1-C2
 - extensie homolaterale lateroflexie rotatie C2-C3
 - AP mobilisaties WK
 - mobilisaties SIG
 - mobilisaties heup
 - oscillaties
 - anders

Lidnummer KNGF:

Formuliernummer:

		Ja	Nee	n.v.t. - weet niet
54	Hoe scoren de volgende testen uit het onderzoeksprotocol op dit moment? ²			
	• rotatietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• lateroflexietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• lateraalkieptest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Vojta reactie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• tractiestest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sell craniaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Mobiliteitstest SIG en heupgewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Kiblerstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sell gluteaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Was er sprake van één van de volgende reacties direct na de behandeling? ²			
	• apnoe	<input type="checkbox"/>		
	Indien er sprake was van een apnoe; hoe lang duurde deze dan bij benadering in seconden?	<input type="text"/>		
	• flush	<input type="checkbox"/>		
	• overstrekking	<input type="checkbox"/>		
	• transpiratie	<input type="checkbox"/>		
	• hypotonie	<input type="checkbox"/>		
	• braken	<input type="checkbox"/>		
56	Heeft de behandeling plaatsgevonden in samenwerking met andere (para)medische discipline(s)? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Huisarts	<input type="checkbox"/>		
	• Kinderarts	<input type="checkbox"/>		
	• Consultatiebureauarts	<input type="checkbox"/>		
	• Kinderfysiotherapeut	<input type="checkbox"/>		
	• Manueeltherapeut	<input type="checkbox"/>		
	• anders	<input type="checkbox"/>		
57	Is het kind voor verdere behandeling terugverwezen? Zo ja, naar welke (para) medische discipline(s)? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• de huisarts	<input type="checkbox"/>		
	• de kinderarts	<input type="checkbox"/>		
	• de consultatiebureauarts	<input type="checkbox"/>		
	• de kinderfysiotherapeut	<input type="checkbox"/>		
	• de manueeltherapeut	<input type="checkbox"/>		
	• anders	<input type="checkbox"/>		