

Aanmeldformulier INVEST-studie

Exclusiecriteria

	Ja	Nee
1. Leeftijd onder de 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eerdere neurochirurgie in verband met de ziekte van Parkinson (bijvoorbeeld DBS, pallidotomie, thalamotomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eerdere continue levodopa infusie (door een PEG-sonde of nasale jejunumsonde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hoehn en Yahr stadium 5 op het beste moment van de dag (<i>gelieve hiervoor het Hoehn & Yahr Stadium in te vullen onder aan deze pagina</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dementie of aanwijzingen voor ernstige cognitieve stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Huidige of eerdere psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Huidige depressie ondanks optimale farmacologische behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Contra-indicaties voor de DBS-operatie, zoals ziekten die het operatierisico ernstig verhogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Contra-indicaties voor een PEG-sonde of Duodopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zwangerschap, borstvoeding, vrouwen in de vruchtbare levensfase zonder betrouwbare anticonceptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wettelijk onbekwaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Onvermogen om schriftelijk informed consent te verlenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoehn & Yahr stadium in beste ON fase

- Stadium 1 Unilateral disease;
- Stadium 1½ Unilateral plus axial involvement;
- Stadium 2 Bilateral disease, without impairment of balance;
- Stadium 2½ Mild bilateral disease, with recovery on pull test;
- Stadium 3 Mild to moderate bilateral disease; some postural instability; physically independent.;
- Stadium 4 Severe disability; still able to walk or stand unassisted;
- Stadium 5 Wheelchair bound or bedridden unless aided.

Inclusieformulier

Checklist 3 en verklaring neuroloog

Contactgegevens patiënt

Geslacht man
 vrouw

Voorletters _____

Achternaam _____

Geboortedatum
d d m m j j j j

Straat + huisnummer _____

Postcode

Plaats _____

Telefoonnummer 1 _____

Telefoonnummer 2 (zo nodig) _____

Verklaring en contactgegevens van de neuroloog

Hierbij verklaar ik dat alle op compleetheid en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Naam onderzoeker _____

Naam ziekenhuis _____

Adres _____

Postcode _____

Telefoonnummer _____

E-mail _____

Datum
d d m m j j j j