

SCOPA-AUT

Met behulp van deze vragenlijst willen wij nagaan in hoeverre u in de afgelopen maand problemen heeft gehad met verschillende lichamelijke functies, zoals bijvoorbeeld problemen met plassen of erg veel zweten. U beantwoordt een vraag door een kruisje te zetten in het vakje dat uw situatie het beste weergeeft. Als u een antwoord wil veranderen, maak dan het 'foute' hokje zwart en zet een kruisje in het goede vakje. Als u in de afgelopen maand medicijnen gebruikte in verband met één of meer van de genoemde problemen, dan gaat het erom hoe het met u ging mét deze medicijnen. Op de laatste bladzijde kunt u het gebruik van medicijnen vermelden.

1. Had u in de afgelopen maand problemen met slikken of verslikte u zich wel eens?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

2. Liep er in de afgelopen maand wel eens speeksel uit uw mond?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

3. Bleef er in de afgelopen maand wel eens voedsel steken in uw keel?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

4. Had u in de afgelopen maand tijdens het eten wel eens het gevoel dat u erg snel vol zat?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

5. *Obstipatie is een verstopping van de darm, waarbij iemand 2 keer per week of minder ontlasting heeft.*

Had u in de afgelopen maand last van obstipatie?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

6. Moest u in de afgelopen maand hard persen om ontlasting te kunnen hebben?



nooit

af en toe

regelmatig

vaak

7. Had u in de afgelopen maand last van ongewild verlies van ontlasting?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

De vragen 8 tot en met 13 gaan over problemen met plassen. Als u gebruik maakt van een catheter kunt u dit aangeven door het hokje met "*gebruik catheter*" aan te kruisen.

8. Had u in de afgelopen maand moeite om de plas op te houden?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

9. Had u in de afgelopen maand last van ongewild urineverlies?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

10. Had u in de afgelopen maand het gevoel dat uw blaas na het plassen nog niet helemaal leeg was?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

11. Had u in de afgelopen maand een zwakke straal bij het plassen?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

12. Kwam het in de afgelopen maand wel eens voor dat u binnen twee uur nadat u geplast had weer moest plassen?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

13. Moest u in de afgelopen maand 's nachts wel eens plassen?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*gebruik
catheter*

14. Had u in de afgelopen maand als u ging staan het gevoel dat u óf licht in het hoofd werd, óf niet meer goed kon zien, óf niet meer goed kon denken?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

15. Werd u in de afgelopen maand licht in het hoofd als u een tijd stond?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

16. Bent u in het afgelopen half jaar flauw gevallen?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

17. Transpireerde u in de afgelopen maand overdag wel eens te veel?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

18. Transpireerde u in de afgelopen maand tijdens de nacht wel eens te veel?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

19. Waren uw ogen in de afgelopen maand wel eens overgevoelig voor fel licht?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

20. Hoe vaak kon u in de afgelopen maand slecht tegen kou?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

21. Hoe vaak kon u in de afgelopen maand slecht tegen warmte?



nooit

af en toe

regelmatig

vaak

De volgende vragen gaan over seksualiteit. Hoewel we beseffen dat seksualiteit iets heel intiem is, zouden we toch graag willen dat u deze vragen beantwoordt. Denkt u bij de vragen over seksuele activiteit aan elke vorm van seksueel contact met een partner of masturbatie (zelfbevrediging). Bij deze vragen is een extra antwoordmogelijkheid toegevoegd. Hierbij kunt u aangeven dat de genoemde situatie in de afgelopen maand op u niet van toepassing is geweest, bijvoorbeeld omdat u seksueel niet actief geweest bent. De vragen 22 en 23 speciaal voor **mannen** en de vragen 24 en 25 speciaal voor **vrouwen**.

De volgende 3 vragen zijn alléén voor mannen

22. Had u in de afgelopen maand last van impotentie (geen stijve penis kunnen krijgen of behouden)?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*niet van
toepassing*

23. Hoe vaak kwam het in de afgelopen maand voor dat u geen zaadlozing kon krijgen?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*niet van
toepassing*

23a. Gebruikte u in de afgelopen maand medicijnen tegen erectiestoornissen? (Zo ja, welk medicijn?)

nee

ja, namelijk: _____

Ga verder met vraag 26

De volgende 2 vragen zijn alléén voor vrouwen

24. Was uw vagina (schede) in de afgelopen maand tijdens seksuele activiteit te droog?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*niet van
toepassing*

25. Had u in de afgelopen maand een probleem met het krijgen van een orgasme (klaarkomen)?

nooit

af en toe

regelmatig

vaak

*niet van
toepassing*

De volgende vragen zijn voor iedereen

De onderstaande vragen gaan over het gebruik van medicijnen die u al of niet op recept van een arts heeft verkregen. Vermeld u als u medicijnen gebruikt ook de naam van het middel.

26. Gebruikte u in de afgelopen maand medicijnen tegen:

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| a. obstipatie (verstopping)? | <input type="checkbox"/>
nee | <input type="checkbox"/>
ja, namelijk: _____ |
| d. plasproblemen? | <input type="checkbox"/>
nee | <input type="checkbox"/>
ja, namelijk: _____ |
| e. de bloeddruk? | <input type="checkbox"/>
nee | <input type="checkbox"/>
ja, namelijk: _____ |
| f. overige klachten?
(geen klachten die horen bij
de ziekte van Parkinson) | <input type="checkbox"/>
nee | <input type="checkbox"/>
ja, namelijk: _____ |
- _____

©Use of this questionnaire in studies should be communicated to the International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS). No changes may be made to the questionnaire without written permission from MDS. Please use the following reference in publications: Visser M, Marinus J, Stiggelbout AM, Van Hilten JJ. Assessment of autonomic dysfunction in Parkinson's disease: the SCOPA-AUT. *Mov Disord* 2004;19:1306-12.

To request permission or obtain licensing, please submit a [Rating Scale Permission Request Form](#). For further information, please email Ratingscales@movementdisorders.org.

