

IBS-SSS

De vragen die nu volgen zijn bedoeld om een beeld te krijgen van de aard en de ernst van uw PDS klachten. Door de IBS-SSS aan het einde van de behandeling opnieuw in te vullen kunt u bepalen of de behandeling bij u effectief is.

Instructies voor het invullen:

In de loop van de tijd kunnen de klachten veranderen, baseer daarom het antwoord op de vragen zoals u de klachten de afgelopen 10 dagen heeft ervaren.

1. Heeft u de afgelopen 10 dagen last gehad van buikpijn ?

Zo ja, hoe ernstig was uw (buik)pijn op een schaal van 0 tot en met 10?

Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel: 0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

2. Hoeveel dagen in een periode van 10 dagen had u pijn? dagen

3. Heeft u de afgelopen 10 dagen last gehad van een opgeblazen gevoel ?

Zo ja, hoe ernstig is het opgeblazen gevoel ?

Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel: 0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

4. Hoe tevreden was u de afgelopen 10 dagen met uw stoelgang ?

Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel: 0 = geen tevreden, 10 = zeer ontevreden

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

5. Hoeveel hinder gaven de afgelopen 10 dagen de buikklachten op uw leven in het algemeen ?

Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel: 0 = geen hinder, 10 = ondraaglijk

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

+

Totaal: Tel alle 5 getallen bij elkaar op (samen een getal tussen de 0 en 50)

=

IBS-SSS: vermenigvuldig het totaal met 10 (wordt tussen de 0 en 500)

x 10 =