

# Aanmeldformulier CHEVAL-studie

Datum aanmelding (dd-mm-jjjj)    --| **2** | **0** | **1** |

## Toestemming aanmelden patiënt

Patiënt geeft toestemming dat zijn contactgegevens worden doorgegeven.  **Ja**

Hier is een notitie van gemaakt in het medisch dossier.

Datum toestemming (dd-mm-jjjj)    --| **2** | **0** | **1** |

## Inclusiecriteria

		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
1.	a.		
	b.		
	- rusttremor		
	- rigiditeit		
	- asymmetrie		
2.	Tenminste 4 weken bestaande visuele hallucinaties met behoud van inzicht (score 1 of 2 op het hallucinatie item van de UPDRS1-MDS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	De patiënt is 40 jaar of ouder	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Exclusiecriteria

		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
1.	Parkinson dementie (MMSE < 26 punten)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Delier (ter beoordeling hoofdbehandelaar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Gelijktijdige behandeling met medicijnen die een relevante centrale anticholinerge werking hebben: amantadine, amitriptyline, biperideen, clemastine, cyclizine, dexchlorpheniramine, disopyramide, imipramine, meclozine, promethazine, oxybutynine, tolterodine of trihexyfenidyl.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Recente (< 6 maanden) behandeling met een cholinesteraseremmer, zoals rivastigmine (Exelon) of galantamine (Reminyl)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Visuele hallucinaties ontstaan in reactie op een recente verhoging van dopaminerge medicatie (< 1 maand).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Voorgeschiedenis met psychose, sick sinus syndroom of andere, bekende ritmestoornis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ernstige opthalmologische aandoening (visus < 0.5 op Snellen-kaart)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Permanent verblijf in verpleeghuis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Onvermogen om schriftelijk informed consent te verlenen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- U kunt een patiënt aanmelden voor de CHEVAL-studie indien u:
  1. bij de inclusiecriteria **alle** vragen met “ja” hebt beantwoord;
  2. bij de exclusiecriteria **alle** vragen met “nee” hebt beantwoord;
  3. patiënt **toestemming** geeft voor registratie.
- Vervolgens **faxt** u dit formulier naar: **020 - 566 9290**.
- Onze trialmanager draagt vervolgens zorg voor alle studiehandelingen.

# Aanmeldformulier CHEVAL-studie

## Contactgegevens patiënt

Naam + voorletters \_\_\_\_\_

Geslacht  man  
 vrouw

Geboortedatum (dd-mm-jjjj) |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Adres + huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode + plaats |\_|\_|\_|\_| |\_|\_| \_\_\_\_\_

Telefoonnummer 1 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefoonnummer 2 (zonodig) |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Verklaring en contactgegevens verwijzend specialist

Naam verwijzer \_\_\_\_\_

Instelling \_\_\_\_\_

Telefoonnummer |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail \_\_\_\_\_

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

Handtekening \_\_\_\_\_

Datum (dd-mm-jjjj) |\_|\_| |\_|\_| |2|0|1|\_|

## Checklist

	Ja	Nee
Is de patiënteninformatiebrief aan de patiënt meegegeven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>