

Telefonische vragenlijst voor onderzoek naar

# Tekencefalitisvirus

in Nederland

**Bij voorkeur wordt deze vragenlijst mondeling (telefonisch) afgenomen door een GGD-medewerker.**  
Wilt u ingevulde vragenlijsten per e-mail, fax of post versturen naar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM):

**E-mail:** Dit word-document kan digitaal ingevuld worden, of geprint en op papier ingevuld.  
Ingevulde (evt ingescande papieren) vragenlijsten kunt u mailen aan: [tbe@rivm.nl](mailto:tbe@rivm.nl)

**Fax:** 030-2744409

**Post:** RIVM / Epidemiologie en Surveillance, t.a.v. TBE-register, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.

## Inleiding voorafgaand aan het interview met de patiënt:

Sinds juni 2016 weten we dat mensen in Nederland het tekenencefalitisvirus kunnen oplopen. Voorheen werd dit virus alleen gevonden in andere Europese landen. Bij u zelf/ uw kind is ook onlangs een infectie met het tekenencefalitisvirus vastgesteld. Door mee te werken aan dit vragenlijstonderzoek helpt u om in kaart te brengen hoe mensen in Nederland tekenencefalitisvirus oplopen en met welke gezondheidsklachten dat gepaard gaat. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 á 15 minuten.

## Gegevens om te noteren vóór het interview:

**HPzone nummer GGD:**  *HPzone is het infectieziektenregister van de GGD.*

**Casus nummer RIVM:**  *wordt door het RIVM doorgegeven, op basis van het casusregister, wanneer de vragenlijst naar de GGD wordt verzonden.*

### 1. Deze vragenlijst wordt ingevuld door:

- Medewerker  van GGD
- Medewerker van het Clb, RIVM
- Iemand anders, namelijk

**2. Datum van (telefonisch) interview:** \_\_\_\_\_ (dd/mm/jjjj)  
(of datum dat de vragenlijst wordt ingevuld)

**3. Geslacht**  Man  Vrouw

**4. Geboortedatum** \_\_\_\_\_ (dd/mm/jjjj)

**5. Woonplaats**

## Reis- en vaccinatiehistorie

**6. Bent u in het buitenland geweest gedurende de zes weken voordat u ziek werd?**

- Nee
- Ja, namelijk

**7. Bent u gevaccineerd tegen** (informatie over inentingën kunt u in uw inentingsboekje of in uw andere vaccinatiebewijzen opzoeken):

- Tekenencefalitisvirus (TBE)  Nee  Ja, wanneer:
- Weet ik niet
- Gele koorts (yellow fever)  Nee  Ja, wanneer:
- Weet ik niet
- Japanse encefalitis virus (JEV)  Nee  Ja, wanneer:
- Weet ik niet

**8. Is bij u ooit een van de volgende infectieziekten vastgesteld?***(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Gele koorts                       Japanse encefalitis                       Zikakoorts                       Dengue  
 Tekenencefalitis                       St. Louis encefalitis                       West Nilevirusinfectie  
 Nee  
 Weet ik niet

**Mogelijke blootstelling aan het tekenencefalitisvirus****9. Heeft u gedurende 3 weken voor u ziek werd ongepasteuriseerde melk(producten) van koemelk, geitenmelk, of schapenmelk gedronken of gegeten?**

- Nee  
 Ja → **Zo ja, welke ongepasteuriseerde melk(producten) heeft u gedronken of gegeten?**  
**En waar heeft u deze gekocht?**

**10. Heeft u buitenactiviteiten gedaan gedurende de 6 weken voordat u ziek werd?***(bijvoorbeeld wandelen in de natuur, tuinieren, picknicken, werken in de natuur)*

- Nee  
 Ja → **Zo ja, welke locatie(s) heeft u buitenactiviteiten gedaan in de 6 weken voordat u ziek werd?** *(Indien mogelijk graag gedetailleerde beschrijving natuur-/ fiets- of wandelgebied. Het liefst op een kaartje gearceerd, als bijlage)*

**11. Heeft u een tekenbeet opgemerkt in de 6 weken voordat u ziek werd?**

- Nee, ik heb geen tekenbeet gezien. *(slechts 1/3 á 2/3 van de tekenbeten wordt opgemerkt)*  
 Ja → **Zo ja, wanneer had u deze (of meerdere) tekenbeet?**  
**en heeft u de teek toevallig bewaard?**

Datum waarop de tekenbeet is opgelopen. (dd/mm/jjjj)	Heeft u de teek toevallig bewaard?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Ja

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

→ **Kunt u de locatie aangeven waar u de tekenbeet/ de tekenbeten (vermoedelijk) heeft opgelopen?** (Indien mogelijk graag gedetailleerde beschrijving natuur-/ fiets- of wandelgebied. Het liefst op een kaartje gearceerd, als bijlage)

**12. Heeft u tijdens beroepswerkzaamheden of vrijwilligerswerk wel eens tekenbeten?**

Nee

Ja → **Zo ja, wat is uw beroep / vrijwilligerswerk?**

Functie

Bedrijf

Locatie

Niet van toepassing, want:

### Gezondheidsklachten door tekenencefalitis en ziekenhuisopname

\* Bij de vragen met een sterretje kunt u eventueel ook aangeven hoe het met u gaat op het moment dat u de vragenlijst invult.

#### 13. Welke gezondheidsklachten heeft u (gehad) door uw infectie met het tekenencefalitisvirus, en welke heeft u nog steeds?

	Ja	Deze klacht heb ik nog steeds*
Koorts (temperatuur boven 38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grieperig gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlamingsverschijnselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doof gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwardheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite met plassen (niet kunnen plassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite met uit je woorden komen (spraakstoornis / afasie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere gezondheidsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

namelijk:

#### 14. Op welke dag begonnen uw gezondheidsklachten? \_\_\_\_\_ (dd/mm/jjjj)

Hoeveel dagen duurden uw gezondheidsklachten?

(of: hoeveel dagen duren de klachten al?\*)

#### 15. Zijn uw gezondheidsklachten gedurende enkele dagen tot een week weg geweest, waarna u opnieuw ziek werd?

Nee

Ja → Zo ja, op welke dag begonnen uw gezondheidsklachten toen?

\_\_\_\_\_ (dd/mm/jjjj)

Hoeveel dagen duurden de gezondheidsklachten?

(of: hoeveel dagen duren de klachten al?\*)

**16. Bent u vanwege gezondheidsklachten door uw infectie met het tekenencefalitisvirus opgenomen in een ziekenhuis?** Nee Ja → **Zo ja, hoeveel dagen was u genomen?**  (dagen) ik ben nog steeds in het ziekenhuis opgenomen\***17. Heeft u andere ziekten of aandoeningen waarvoor u medicatie gebruikt?** Nee Ja → **Zo ja, welke medicatie gebruikt u?****Afsluiting****18. Heeft u aanvullende informatie die van belang kan zijn?****19. Mogen medewerkers van de GGD of het RIVM u nogmaals benaderen voor verder onderzoek?** Nee Ja,

Naam patiënt:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

**Dit is het einde van de vragenlijst.****Bedankt voor uw hulp!**

Wilt u ingevulde vragenlijsten versturen naar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM):

**E-mail:** [tbe@rivm.nl](mailto:tbe@rivm.nl)**Fax:** 030-2744409**Post:** RIVM / Epidemiologie en Surveillance, t.a.v. TBE-register, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven