



Screening op Red Flags met betrekking tot de schouderregio

Naam.....

Datum.....

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. (Recent) trauma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 2. Al langer bestaande (onverklaarbare) koorts | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 3. Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg / maand) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 4. Langdurig gebruik corticosteroïden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 5. Constante pijn niet afnemend in rust of bij positieverandering | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 6. Kanker in de voorgeschiedenis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 7. Algemeen onwel bevinden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 8. Nachtelijke pijn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 9. Uitgebreide neurologische tekenen en symptomen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |