

## Bijlage: Vragenlijst over voortgang voor ADHD bij kinderen en jongeren

Betreft patiënt:

geboortedatum:

- Hoe gaat het met de ADHD klachten en de gevolgen in het dagelijks leven?

Ouder:.....

.....

Kind/jongere:.....

- Wordt de medicatie op de afgesproken dagen/tijdstippen ingenomen?

Ouder:.....

.....

Kind/jongere:.....

- Hoe gaat het thuis? Hoe is de omgang met ouders/broers/zussen?

Ouder:.....

.....

Kind/jongere:.....

- Hoe gaat het met slapen?

Ouder:.....

Kind/Jongere:.....

- Hoe gaat het met eten?

Ouder:.....

Kind/Jongere:.....

- Hoe gaat het op school? Hoe zijn de schoolresultaten?

Ouder:.....

Kind/Jongere:.....

- Hoe gaat het met contact met vrienden en op bijvoorbeeld een sportclub?

Ouder:.....

Kind/Jongere:.....

- Is er sprake van bijwerkingen door de medicatie?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn                       | <input type="checkbox"/> slaperigheid of<br>later inslapen | <input type="checkbox"/> emotionele labiliteit<br>(snel huilen) |
| <input type="checkbox"/> maagpijn                        | <input type="checkbox"/> droge mond                        | <input type="checkbox"/> angst                                  |
| <input type="checkbox"/> verminderde eetlust             | <input type="checkbox"/> tics                              | <input type="checkbox"/> somberheid                             |
| <input type="checkbox"/> gewichtsverlies<br>darmklachten | <input type="checkbox"/> duizeligheid                      | <input type="checkbox"/> last van huid of haar                  |
|  | <input type="checkbox"/> hartkloppingen                    | <input type="checkbox"/> gewichtsverlies                        |

Tip: iGrow, de groei app van TNO