

Screening nummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

Versie voor Groep 1: Patiënten met Acute Myeloïde Leukemie (AML) en Acute Lymfatische Leukemie (ALL)

# CASE REPORT FORM

*Prospectieve cohort studie naar de efficiëntie van het orale focusonderzoek en focus eliminatie bij patiënten met Acute Myeloïde Leukemie (AML), Acute Lymfatische Leukemie (ALL), non Hodgkin lymfoom (NHL), Hodgkin lymfoom (HL) of Multipele Myeloma (MM), die behandeld worden met hoge dosis chemotherapie of autologe stamceltransplantatie (ASCT) moeten ondergaan*

**Universitair Medisch Centrum Groningen**  
Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie  
Afdeling Hematologie

Onderzoekers: Drs. Marleen Schuurhuis (ma,do,vr; tel.nr. 10213)  
Dr. Monique Stokman (di t/m do; tel.nr. 13845)

Onderzoeksbegeleiders: Dr. Bart Span  
Dr. Fred Spijkervet  
Prof. dr. Arjan Vissink

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

Inclusie criteria	Ja	Nee
1. (Gedeeltelijk) dentaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Volwassen patiënt (> 18 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. AML/ALL patiënt vòòr remissie-inductie chemotherapie (groep 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Patiënt is beschikbaar voor follow-up binnen UMCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Patiënt heeft de informatiebrief ontvangen en heeft geen bezwaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien bij 1 van de items "Nee" wordt aangegeven volgt exclusie. Twijfel bij 1 van de items graag overleggen met 1 van de onderzoekers of onderzoeksbegeleiders of de patiënt geïnccludeerd kan worden.		

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

<b>Visite 1</b> Oraal focusonderzoek	Datum visite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<p><b>Tandartsbezoek</b>  <b>Wilt u s.v.p. de volgende vragen beantwoorden:</b></p>	
<p><b>6. Gaat u naar de tandarts?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja (ga naar vraag 6a)  <input type="checkbox"/> Ja, maar alleen bij klachten (ga naar vraag 6b)  <input type="checkbox"/> Nee (ga naar vraag 6b)</p> <p>6a. Hoe vaak gaat u jaarlijks naar de tandarts? .....maal per jaar</p> <p>6b. Hoe lang is het geleden dat u bij de tandarts bent geweest?  .....maanden/ jaren</p>	
<p><b>7. Gaat u ook naar een mondhygiënist of bent u elders onder behandeling voor uw tandvlees (parodontitis)?</b></p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 7a/b) / nee <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 8)</p> <p>7a. Is dat bij een: <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> mondhygiënist  <input type="checkbox"/> preventie-assistent  <input type="checkbox"/> parodontoloog  <input type="checkbox"/> anders, nl:.....</p> <p>7b. Hoe vaak gaat u daarheen?</p> <p>Naar de .....gaat patiënt .....keer per jaar  Naar de .....gaat patiënt .....keer per jaar  Naar de .....gaat patiënt .....keer per jaar</p>	
<p><b>8. Hebt u momenteel klachten in de mond?</b></p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 8a) / nee <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 9)</p> <p>8a. Wilt u deze klachten omschrijven?:</p> <p>.....  .....  .....</p>	
<p><b>9. Hebt u de afgelopen 3 maanden klachten in de mond gehad, zoals pijn, zwelling of gevoeligheid?</b></p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 9a) / nee <input type="checkbox"/> (ga naar vraag 10)</p> <p>9a. Wilt u deze klachten omschrijven?:</p> <p>.....  .....  .....</p>	

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

**10. Wat zijn uw wensen ten aanzien van uw tanden en kiezen?**

**(Alle 3 de zinnen moeten aan de patiënt worden voorgelegd. Er moet worden genoteerd of de patiënt het daar wel of niet mee eens is)**

Ik wil mijn eigen tanden en kiezen zo lang mogelijk houden Eens  / Oneens

Ik wil het liefste dat al mijn tanden worden getrokken en ik een kunstgebit krijg Eens  / Oneens

Als het nodig is dat er tanden en kiezen moeten worden getrokken in het belang van mijn gezondheid dan moet dat gebeuren Eens  / Oneens

**11. Poetst u uw tanden? Ja  (ga naar vraag 11a/b) / nee  (ga naar vraag 12)**

11a. Hoe poetst u?

- Alleen elektrisch (ga naar vraag 6b)
- Alleen handmatig (ga naar vraag 6b)
- Beide, zowel elektrisch als handmatig (ga naar vraag 6b)

11b. Hoe vaak poetst u?

- niet dagelijks
- dagelijks
- 2x per dag
- meer dan 2x per dag
- anders, nl:.....

**12. Maakt u ook de ruimtes tussen de tanden en kiezen schoon?**

Ja  (ga naar vraag 12a/b) / nee  (ga naar vraag 13)

12a. Waarmee maakt u schoon tussen tanden en kiezen (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- flossdraad
- tandenstokers
- ragers
- anders, nl:.....

12b. Hoe vaak maakt u schoon tussen tanden en kiezen?

- 1x per week
- om de dag
- dagelijks
- meer dan 1x per dag

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortjaar:				

**13. Gebruikt u een mondspoelmiddel?**

Ja  (ga naar vraag 13a/b) / nee  (ga naar vraag 14)

13a. Welk mondspoelmiddel gebruikt u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Chloorhexidine
- Elmex
- Listerine
- Meridol
- Zout-soda
- anders, nl:.....

13b. En hoe vaak gebruikt u dat mondspoelmiddel? *(per type; schrijf het type mondspoelmiddel er achter)*

- 1x per week                    type:.....
- om de dag                        type:.....
- dagelijks                        type:.....
- meer dan 1x per dag        type:.....

**14. Heeft u een droge mond?**

Ja  (vul de GRIX-vragenlijst in) / nee  (ga naar vraag 15)

**15. LET OP: In deze studie dienen ALLE elementen met een röntgenologische periapicale afwijking getest te worden op vitaliteit m.b.v. een koude test. Resultaten en betreffende elementen kunt u hier noteren.**

.....

.....

.....

.....

.....

**16. Heeft de patiënt uitneembare voorzieningen?**

Ja  (ga naar vraag 16a) / nee  (ga naar vraag 18)

16.a *Omcirkel wat van toepassing is*  
**Bovenkaak**

- Partiële plaatprothese
- Frameprothese
- Volledige prothese
- Prothese op implantaten
- Anders,nl:.....

*Omcirkel wat van toepassing is*  
**Onderkaak**

- Partiële plaatprothese
- Frameprothese
- Volledige prothese
- Prothese op implantaten
- Anders,nl:.....

**17. Hoe is de prothesehygiëne?**

- Goed** (de prothese is schoon)
- Matig** (plaque en/of debris in ondersnijdingen van de prothese)
- Slecht** (overal plaque en/of debris)

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

**18. Na het maken van de parodontiumstatus, graag onderstaande invullen:**

Plaquescore .....%

Bloedingsscore .....%

**Invullen in overleg met de kaakchirurg**

Beoordeling OPG en solo's

**19. Wilt u beoordelen of de volgende tandheelkundige problemen zichtbaar zijn op de röntgenfoto(s)?**

<i>Afwijking</i>	<i>Zo ja, waar?</i>	<i>(elementnummer(s))</i>
Periapicale problemen	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Geïmpacteerde elementen	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Zo ja,		
Is er een verbrede follikel?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Is er contact met de mondholte?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Is er risico op nervus-schade?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Wortelresten	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Cystes	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Wortelresorptie	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Andere röntgenologische afwijking	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

## 20. Checklist

**OPG**

**Parodontiumstatus**

**Parokweek**




### In te vullen door onderzoeker

<b>Uitslag parokweek</b>	<b>percentage</b>
A. Actinomycetemcomitans ( <b>ACAC</b> )	
Porphyromonas gingivalis ( <b>POGI</b> )	
Prevotella intermedia ( <b>PRIN</b> )	
Tannerella forsythia ( <b>TAFO</b> )	
Parvimonas micra ( <b>PAMI</b> )	
Fusobacterium nucleatum ( <b>FUNU</b> )	
Campylobacter rectus ( <b>CARE</b> )	
Totale bacteriële belasting: ( <b>TOBA</b> ) (in kve/ml)	

### Uitslag SDD keelwab

*(welk m.o. en de hoeveelheid)*

Gram negatieve staven:

S.aureus:

Gisten:

### Uitslag prothesekweek

Candida albicans:

Hoeveelheid:

aanwezig/ niet aanwezig



Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

<b>Visite 2</b> Voor 2 <sup>e</sup> kuur chemotherapie	Datum visite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**21. Hebt u de afgelopen periode, tijdens of na de chemokuur, klachten in de mond gehad?**

Ja  (ga naar vraag 21a) / nee  (ga naar vraag 22)

21a. Omschrijf de klachten:.....

.....

.....

.....

**22. Hebt u tijdens of na de chemokuur een mondhygiënist, kaakchirurg of tandarts bezocht?**

Ja  (ga naar vraag 22a) / nee  (ga naar vraag 23)

22a. Wat was de reden van het bezoek?.....

.....

.....

.....

**23. Hebt u momenteel klachten in de mond?**

Ja  (ga naar vraag 23a) / nee  (ga naar vraag 24)

23a. Omschrijf de klachten:.....

.....

.....

**24. Hebt u een droge mond?**

Ja  (vul de GRIX vragenlijst in) / nee  (ga naar vraag 25)

**25. Heeft u uitneembare voorzieningen (kunstgebit oid)?**

Ja  (ga naar vraag 25a) / nee  (ga naar vraag 26)

25a. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) overdag gedragen?

Ja (ga naar vraag 25b)

Gedeeltelijk, nl:.....

..... (ga naar vraag 25b)

Nee (ga naar vraag 25b)

25b. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) 's nachts gedragen?

Ja (ga naar vraag 26)

Gedeeltelijk, nl:.....

..... (ga naar vraag 26)

Nee (ga naar vraag 26)

**26. Hebt u een schimmelinfectie (candidiasis) in de mond gehad of hebt u die nu?**

Ja, gehad

Ja, momenteel

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

<input type="checkbox"/> Nee, niet gehad							
<b>Visite 3</b> Voor 3 <sup>e</sup> kuur chemotherapie	Datum visite <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

**27. Hebt u de afgelopen periode, tijdens of na de chemokuur, klachten in de mond gehad?**

Ja  (ga naar vraag 27a) / nee  (ga naar vraag 28)

27a. Omschrijf de klachten:.....  
 .....  
 .....

**28. Hebt u tijdens of na de chemokuur een mondhygiënist, kaakchirurg of tandarts bezocht?**

Ja  (ga naar vraag 28a) / nee  (ga naar vraag 29)

28a. Wat was de reden van het bezoek?.....  
 .....  
 .....

**29. Hebt u momenteel klachten in de mond?**

Ja  (ga naar vraag 29a) / nee  (ga naar vraag 30)

29a. Omschrijf de klachten:.....  
 .....  
 .....

**30. Hebt u een droge mond?**

Ja  (vul de GRIX vragenlijst in) / nee  (ga naar vraag 31)

**31. Heeft u uitneembare voorzieningen (kunstgebit oid)?**

Ja  (ga naar vraag 31a) / nee  (ga naar vraag 32)

31a. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) overdag gedragen?

- Ja (ga naar vraag 31b)
- Gedeeltelijk, nl:.....  
 ..... (ga naar vraag 31b)
- Nee (ga naar vraag 31b)

31b. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) 's nachts gedragen?

- Ja (ga naar vraag 32)
- Gedeeltelijk, nl:.....  
 ..... (ga naar vraag 32)
- Nee (ga naar vraag 32)

**32. Hebt u een schimmelinfectie (candidiasis) in de mond gehad of hebt u die nu?**

- Ja, gehad
- Ja, momenteel

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortjaar:				

Nee, niet gehad

<b>Visite 4</b> Voor 4 <sup>e</sup> kuur chemotherapie	Datum visite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**33. Hebt u de afgelopen periode, tijdens of na de chemokuur, klachten in de mond gehad?** Ja  (ga naar vraag 33a) / nee  (ga naar vraag 34)

33a. Omschrijf de klachten:.....  
.....  
.....  
.

**34. Hebt u tijdens of na de chemokuur een mondhygiënist, kaakchirurg of tandarts bezocht?** Ja  (ga naar vraag 34a) / nee  (ga naar vraag 35)

34a. Wat was de reden van het bezoek?.....  
.....  
.....  
.

**35. Hebt u momenteel klachten in de mond?** Ja  (ga naar vraag 35a) / nee  (ga naar vraag 36)

35a. Omschrijf de klachten:.....  
.....  
.....

**36. Hebt u een droge mond?** Ja  (vul de GRIX vragenlijst in) / nee  (ga naar vraag 37)

**37. Hebt u uitneembare voorzieningen (kunstgebit oid)?** Ja  (ga naar vraag 37a) / nee  (ga naar vraag 38)

37a. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) overdag gedragen?  
 Ja (ga naar vraag 37b)  
 Gedeeltelijk,nl:.....  
..... (ga naar vraag 37b)  
 Nee (ga naar vraag 37b)

37b. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de afgelopen kuur (chemotherapie) 's nachts gedragen?  
 Ja (ga naar vraag 38)  
 Gedeeltelijk,nl:.....  
..... (ga naar vraag 38)  
 Nee (ga naar vraag 38)

**38. Hebt u een schimmelinfectie (candidiasis) in de mond gehad of hebt u die nu?**

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

<input type="checkbox"/> Ja, gehad <input type="checkbox"/> Ja, momenteel <input type="checkbox"/> Nee, niet gehad							
<b>Visite 5</b> 6 weken na einde chemotherapie	Datum visite <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

**39. Hebt u de afgelopen periode, tijdens of na de chemokuur, klachten in de mond gehad?**  
 Ja  (ga naar vraag 39a) / nee  (ga naar vraag 40)  
 39a. Omschrijf de klachten:.....  
 .....  
 .....

**40. Hebt u tijdens of na de chemokuur een mondhygiënist, kaakchirurg of tandarts bezocht?**  
 Ja  (ga naar vraag 40a) / nee  (ga naar vraag 41)  
 40a. Wat was de reden van het bezoek?.....  
 .....  
 .....

**41. Hebt u momenteel klachten in de mond?**  
 Ja  (ga naar vraag 41a) / nee  (ga naar vraag 42)  
 41a. Omschrijf de klachten:.....  
 .....  
 .....

**42. Hebt u een droge mond?**  
 Ja  (vul de GRIX vragenlijst in) / nee  (ga naar vraag 43)

**43. Heeft u uitneembare voorzieningen?**  
 Ja  (ga naar vraag 43a) / nee  (ga naar vraag 44)

43a. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de chemotherapie overdag gedragen?  
 Ja (ga naar vraag 43b)  
 Gedeeltelijk, nl:.....  
 ..... (ga naar vraag 43b)  
 Nee (ga naar vraag 43b)

43b. Heeft u de uitneembare voorziening tijdens de chemotherapie 's nachts gedragen?  
 Ja (ga naar vraag 44)  
 Gedeeltelijk, nl:.....  
 ..... (ga naar vraag 44)  
 Nee (ga naar vraag 44)

**44. Hebt u een schimmelinfectie (candidiasis) in de mond gehad of hebt u die nu?**

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

<input type="checkbox"/> Ja, gehad <input type="checkbox"/> Ja, momenteel <input type="checkbox"/> Nee, niet gehad
--

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortjaar:				

**45. LET OP: In deze studie dienen ALLE elementen met een röntgenologische periapicale afwijking getest te worden op vitaliteit m.b.v. een koude test. Resultaten en betreffende elementen kunt u hier noteren.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**46. Mucositisscore**

**Pijn VAS-score** (als getal met 1 cijfer achter de komma noteren): .....

Is er roodheid?

Ja  / nee

Zijn er blaren?

Ja  / nee

Hoe eet de patiënt?

Vast voedsel

vloeibaar voedsel

TPN

**WHO mucositis score:**  0  1  2  3  4

**47. Na het maken van de parodontiumstatus, graag onderstaande invullen:**

Plaquescore .....%

Bloedingsscore .....%

**Invullen in overleg met de kaakchirurg**

Beoordeling OPG en solo's

**48. Wilt u beoordelen of de volgende tandheelkundige problemen zichtbaar zijn op de röntgenfoto(s)?**

<i>Afwijking</i>	<i>Zo ja, waar?</i>	<i>(elementnummer(s))</i>
Periapicale problemen	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Geïmpacteerte elementen	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Zo ja,		
Is er een verbrede follikel?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Is er contact met de mondholte?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Is er risico op nervus-schade?	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	
Wortelresten	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Cysten	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Wortelresorptie	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....
Andere röntgenologische afwijking	Ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/>	.....

Screeningsnummer:				
Initialen:				
Geboortejaar:				

### 49. Checklist

**OPG**

**Parodontiumstatus**

**Parokweek**

**Keelwab**

**Prothese-swab (indien van toepassing)**

- 
- 
- 
- 
- 

#### In te vullen door onderzoeker

<b>Uitslag parokweek</b>	<b>percentage</b>
A. Actinomyces comitans ( <b>ACAC</b> )	
Porphyromonas gingivalis ( <b>POGI</b> )	
Prevotella intermedia ( <b>PRIN</b> )	
Tannerella forsythia ( <b>TAFO</b> )	
Parvimonas micra ( <b>PAMI</b> )	
Fusobacterium nucleatum ( <b>FUNU</b> )	
Campylobacter rectus ( <b>CARE</b> )	
Totale bacteriële belasting: ( <b>TOBA</b> ) (in kve/ml)	

#### **Uitslag SDD keelwab**

*(welk m.o. en de hoeveelheid)*

Gram negatieve staven:

S.aureus:

Gisten:

#### **Uitslag prothesekweek**

Candida albicans:

Hoeveelheid:

aanwezig/ niet aanwezig