

NAAM:

DATUM:

NORMAN VRAGENLIJST: Vroege detectie van lymfoedeem: tekens en symptomen

We zijn geïnteresseerd naar welke symptomen u ervaren heeft in de drie maanden voorafgaand aan dit eerste onderzoek voor lymfoedeem.

1. Voor welke zijde vult u deze vragenlijst in?

Dominante zijde (d.i. de hand waarmee u schrijft) Niet-dominante zijde

2. **Gedurende de afgelopen drie maanden**, heeft u een VERSCHIL IN OMVANG opgemerkt tussen a) uw rechter- en linkerhanden, b) uw rechter- en linkeronderarmen en/of c) uw rechter- en linkerbovenarmen?

	Ja	Neen
a) Handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. HOE VAAK heeft u een VERSCHIL IN OMVANG opgemerkt tussen a) uw handen, b) uw onderarmen en/of c) uw bovenarmen?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing, er is geen verschil
a) Handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Beoordeel het VERSCHIL IN OMVANG, gemiddeld genomen, tussen a) uw handen, b) uw onderarmen en/of c) uw bovenarmen. Dit verschil is ...

	Zeer miniem, ik ben de enige die het verschil zou opmerken	Merkbaar door mensen die ik ken maar niet door onbekenden	Duidelijk merkbaar	Niet van toepassing, er is geen verschil
a) Handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

5. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van het **VERSCHIL IN OMVANG** tussen a) uw handen, b) uw onderarmen en/of c) uw bovenarmen?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opgezwollenheid

6. Heeft u in **de voorbije drie maanden** opgemerkt dat a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm **OPGEZWOLLEN** waren?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. **HOE VAAK** heeft u opgemerkt dat a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm **OPGEZWOLLEN** waren?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. **HOE ERNSTIG** waren a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm **OPGEZWOLLEN**?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

9. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de **OPGEZWOLLENHEID** van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vermoeid, dik of zwaar gevoel

10. Heeft u **in de voorbije drie maanden** opgemerkt dat a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm **VERMOEID, DIK** of **ZWAAR** aanvoelde?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. **HOE VAAK** heeft u dat **VERMOEID, DIK** of **ZWAAR** gevoel in a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm opgemerkt?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. **HOE ERNSTIG** was dat **VERMOEID, DIK** of **ZWAAR** gevoel, gemiddeld genomen in a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

13. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van dat **VERMOEID, DIK** of **ZWAAR** gevoel in a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Knellende kledij of juwelen

14. Heeft u **in de voorbije drie maanden** opgemerkt dat uw **KLEDIJ OF JUWELEN KNELDEN** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **HOE VAAK** heeft u opgemerkt dat uw **KLEDIJ OF JUWELEN KNELDEN** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. **HOE ERNSTIG** KNELDE uw **KLEDIJ OF JUWELEN**, gemiddeld genomen ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

17. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de **KNELLENDEN KLEDIJ OF JUWELEN** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ingedeukte huid

18. Heeft u **in de voorbije drie maanden** opgemerkt dat uw **HUID INGEDEUKT** bleef nadat u ergens tegenaan geleund had met a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. **HOE VAAK** heeft u in de voorbije drie maanden opgemerkt dat uw **HUID INGEDEUKT** bleef ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. **HOE ERNSTIG** was de huid gemiddeld genomen **INGEDEUKT** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

21. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de **INGEDEUKTE HUID** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Structuur van de huid

22. Heeft u **in de voorbije drie maanden** opgemerkt dat de **STRUCTUUR VAN UW HUID STUG EN LEDERACHTIG** aanvoelde ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **HOE VAAK** vond u in de voorbije drie maanden dat de **STRUCTUUR VAN UW HUID STUG EN LEDERACHTIG** aanvoelde ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. **HOE ERNSTIG** was de **STUGHEID EN DE LEDERACHTIGE STRUCTUUR VAN UW HUID**, gemiddeld genomen ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

25. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de **STUGHEID EN DE LEDERACHTIGE STRUCTUUR VAN UW HUID** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pijn

26. Heeft u **in de voorbije drie maanden** **PIJN** gehad ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. **HOE VAAK** heeft u **PIJN** gehad ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. **HOE ERNSTIG** was de **PIJN** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

29. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de **PIJN** ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zwelling van uw hand

30. Heeft u **in de voorbije drie maanden** moeite gehad om de knokkels of bloedvaten in uw hand te zien?

- Ja Neen

31. **HOE VAAK** hebt u moeite gehad om de knokkels of bloedvaten in uw hand te zien?

- Zelden Af en toe Regelmatig Bijna altijd Niet van toepassing

32. **HOE MOEILIK** was het om de knokkels of bloedvaten in uw hand te zien?

- Een beetje Enigszins Erg Heel erg Niet van toepassing

33. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van het feit dat u de knokkels of bloedvaten in uw hand niet kon zien?

- Helemaal niet Een beetje Enigszins Best wel wat Heel veel

- Niet van toepassing

Moeite met schrijven

34. Heeft u in de voorbije drie maanden moeite gehad met schrijven?

- Ja Neen

35. **HOE VAAK** hebt u moeite gehad met schrijven?

- Zelden Af en toe Regelmatig Bijna altijd Niet van toepassing

36. **HOE MOEILIK** was het, gemiddeld genomen, om te schrijven?

- Een beetje Enigszins Erg Heel erg Niet van toepassing

37. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de moeite met schrijven?

- Helemaal niet Een beetje Enigszins Best wel wat Heel veel

- Niet van toepassing

NAAM:

DATUM:

Zwelling na fysieke inspanning

38. Heeft u **in de voorbije drie maanden** ZWELLING gehad ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm NA EEN FYSIEKE INSPANNING?

	Ja	Neen
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. HOE VAAK heet u in de voorbije drie maanden ZWELLING gehad ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm NA EEN FYSIEKE INSPANNING?

	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Bijna altijd	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. HOE ERNSTIG was de ZWELLING ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm NA EEN FYSIEKE INSPANNING?

	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Niet van toepassing
a) Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. In welke mate, gemiddeld genomen, **STOORDE U ZICH AAN** of hoe **ONGERUST** was u, omwille van de ZWELLING ter hoogte van a) uw hand, b) uw onderarm en/of c) uw bovenarm NA EEN FYSIEKE INSPANNING?

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Best wel wat	Heel veel	Niet van toepassing
a) Handen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Onderarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bovenarmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAAM:

DATUM:

Lymfoedeem ter hoogte van de borstkast, borst of romp

We zijn geïnteresseerd of u **in de afgelopen drie maanden** last heeft gehad van LYMFOEDEEM TER HOOGTE VAN UW BORSTKAST, BORST of ROMP aan de kant waar u een behandeling voor kanker ondergaan heeft. Lymfoedeem in die regio kan herkend worden door zwelling en/of symptomen zoals veranderingen in de structuur van de huid.

42. Geef voor elk van de symptomen die hieronder in de linker kolom opgelijst werden aan of u het symptoom **in de voorbije drie maanden** opgemerkt heeft aan uw borstkast, borst of romp, hoe vaak u het symptoom opgemerkt hebt, hoe ernstig het gemiddeld genomen was en hoe erg het u gemiddeld genomen stoorde of u er ongerust van werd.

	Was dit symptoom aanwezig?	Hoe vaak heeft u dit symptoom opgemerkt?	Hoe ernstig was dit symptoom?	In welke mate stoorde u zich aan of werd u ongerust door dit symptoom?
Zwelling				
Pijn				
Stugge en lederachtige textuur van de huid				
Zwelling na inspanning				