

Oefentoets

Deeltoets Klinische Kennis

De werkelijke toets wordt via de PC afgenomen en is moeilijk na te bootsen op papier. Dat wil zeggen in de werkelijke setting krijgt de kandidaat één vraag tegelijk op het scherm en kan de kandidaat geen vraag overslaan of terug naar een eerdere vraag. Dit betekent dat een gegeven antwoord definitief is. Om dit enigszins te simuleren is er gekozen om per vraag één pagina te gebruiken. Als er meer vragen per casus worden gesteld dan wordt de nieuwe informatie gescheiden van de reeds eerder gegeven informatie door een lijn.

Casus 1

Je bent arts-assistent op een gemengde afdeling in the APZ. Een vrouw van 24 heeft voor de vijfde keer een detoxificatie ondergaan voor heroïneafhankelijkheid. Momenteel is ze 6 weken clean, en heeft geen ontweningsverschijnselen meer; bij vorige detoxen was ze nooit zover gekomen. Ze is dan ook vol toekomstplannen. Volgens het "contract" mag ze nu van de afdeling wanneer ze wil. Dezelfde avond krijg je een telefoontje van de politie. Patiënte werd dood aangetroffen op een toilet in een cafe, waar ze zich intraveneus heroïne had toegediend. Sommige patiënten op de afdeling merken de volgende dag dat mevrouw er niet meer is. Men vraagt of ze soms al ontslagen is.

Vraag 1

Wat doe je ?

A: zeggen dat ze inderdaad de afdeling heeft verlaten

B: de zaak bespreken met cliënten die naar haar vragen

C: groepsessie organiseren met alle patiënten om de zaak te bespreken

Casus 1

Je bent arts-assistent op een gemengde afdeling in the APZ. Een vrouw van 24 heeft voor de vijfde keer een detoxificatie ondergaan voor heroïneafhankelijkheid. Momenteel is ze 6 weken clean, en heeft geen ontweningsverschijnselen meer; bij vorige detoxen was ze nooit zover gekomen. Ze is dan ook vol toekomstplannen. Volgens het "contract" mag ze nu van de afdeling wanneer ze wil. Dezelfde avond krijg je een telefoontje van de politie. Patiënte werd dood aangetroffen op een toilet in een cafe, waar ze zich intraveneus heroïne had toegediend. Sommige patiënten op de afdeling merken de volgende dag dat mevrouw er niet meer is. Men vraagt of ze soms al ontslagen is.

Een onderzoek van de gemeentelijke lijkshouwer volgt. Hij wil van je weten wat de meest waarschijnlijke oorzaak is.

Vraag 2:

Wat is het meest waarschijnlijk ?

A: niet-intentionele overdosis

B: intentionele overdosis

Casus 1

Je bent arts-assistent op een gemengde afdeling in the APZ. Een vrouw van 24 heeft voor de vijfde keer een detoxificatie ondergaan voor heroïneafhankelijkheid. Momenteel is ze 6 weken clean, en heeft geen ontweningsverschijnselen meer; bij vorige detoxen was ze nooit zover gekomen. Ze is dan ook vol toekomstplannen. Volgens het "contract" mag ze nu van de afdeling wanneer ze wil. Dezelfde avond krijg je een telefoontje van de politie. Patiënte werd dood aangetroffen op een toilet in een cafe, waar ze zich intraveneus heroïne had toegediend. Sommige patiënten op de afdeling merken de volgende dag dat mevrouw er niet meer is. Men vraagt of ze soms al ontslagen is.

Een onderzoek van de gemeentelijke lijkshouwer volgt. Hij wil van je weten wat de meest waarschijnlijke oorzaak is.

Je moet iets doen met je eigen gevoelens.

Vraag 3:

Welke stelling beschrijft de meest adequate reactie ?

- A: je maakt gebruik van afweermechanismen
- B: je maakt gebruik van afleiding
- C: je bespreekt het met collega-hulpverlener
- D: je bespreekt het met het meest betrokken familielid van patiënte

Casus 2

Een onderwijzeres van 34 jaar komt bij je op het psychiatrisch spreekuur. Ze heeft al drie maanden voortdurend last van gedachten dat ze kopersulfaat (ze weet dat hiervan een voorraadjie is in het scheikundelokaal) in het kopje koffie van de hoofdonderwijzeres zal doen. Ze is vooral zeer overstuurd door deze "rare" gedachten omdat ze streng religieus is en ze vermoedt dat kopersulfaat giftig is.

Vraag 4:

Wat is de waarschijnlijke diagnose ?

Casus 2

Een onderwijzeres van 34 jaar komt bij je op het psychiatrisch spreekuur. Ze heeft al drie maanden voortdurend last van gedachten dat ze kopersulfaat (ze weet dat hiervan een voorraadje is in het scheikundelokaal) in het kopje koffie van de hoofdonderwijzeres zal doen. Ze is vooral zeer overstuurd door deze "rare" gedachten omdat ze streng religieus is en ze vermoedt dat kopersulfaat giftig is.

Vraag 5:

Welke eerste interventie is hier het meest op zijn plaats ?

A: Zeggen dat de gedachten niet "raar" zijn.

B: Zeggen dat kopersulfaat niet giftig is.

C: Zeggen dat ze niet overstuurd hoeft te zijn omdat ze niet echt negatieve gevoelens heeft.

D: Zeggen dat het scheikundelokaal niet meer mag betreden.

Casus 3

Een moeder belt je onder het drukke inloopspreekuur over haar dochter Karin, die je bekend is met epilepsie (petit mal) waarvoor zij carbamazepinedrank gebruikt waarmee zij al meer dan een jaar geen insulten meer heeft gehad. Karin is bijna 4 jaar oud. De aanvallen gingen vroeger gepaard met braken na het insult. Moeder belt je omdat haar dochter net had gebraakt maar, zo vertelde ze, haar dochter was nu niet "weggeweest" zoals ze dat vroeger wel met de aanvallen had gehad. Bij verder uitvragen bleek er geen sprake te zijn van koorts; de temperatuur bedroeg 37.9° graden en er waren geen andere verschijnselen. Wel was ze minder levendig dan normaal maar niet verward. Sinds het gebruik van de carbamazepine gaat het eigenlijk heel goed met Karin zowel thuis als op school. Je kent haar als een vriendelijk, vrolijk meisje. Twee dagen eerder had je nog een visite bij de familie afgelegd voor een zusje met een gastro-enteritis en een otitis media.

Vraag 6:

Wat is nu het meest aangewezen beleid:

A: moeder telefonisch geruststellen

B: na het spreekuur een visite afleggen

C: nu een spoedvisite afleggen

Casus 4

Mw. Neven, een vrouw van 35 jaar, heeft sinds 7 weken ongeveer 2 dagen per week enkele malen per dag krampende pijn in de linker onderbuik zonder andere begeleidende verschijnselen. De krampen duren een halve minuut en treden vooral op na het eten en verminderen zowel in frequentie als intensiteit door defecatie. Toen zij net getrouwd was, 4 jaar geleden, heeft zij ook gedurende 3 maanden dergelijke klachten gehad die spontaan zijn verdwenen zonder medische consultatie. Op dit moment verkeert Mw. Neven in de situatie dat haar man mogelijk uitgezonden wordt voor zijn werk naar Suriname; dit zou voor een periode van 2 jaar zijn en het gezin (met 2 kinderen) zou meegaan. Zij ervaart dit als een tamelijk zware druk omdat zij bang is zich in Suriname niet zo goed thuis te voelen. Inmiddels had zij samen met haar man echter wel besloten om te gaan als dat gevraagd zou worden door het bedrijf. Mw. Neven maakt zich ongerust over de buikklachten omdat ze heftiger zijn dan in de periode vlak na het huwelijk. Zij is verder gezond en gebruikt behalve orale anticonceptie geen medicatie. Bij onderzoek vind je een weke zwelling in de linker onderbuik, iets gevoelig bij palpatie, in het verloop van het sigmoid. Verder geen afwijkingen aan de buik.

Vraag 7:

De meest voor de hand liggende diagnose is:

- A: Kolieken van het colon (IBS)
- B: Fissura ani
- C: Colon carcinoom
- D: Inwendige hemorroïden

Casus 4

Mw. Neven, een vrouw van 35 jaar, heeft sinds 7 weken ongeveer 2 dagen per week enkele malen per dag krampende pijn in de linker onderbuik zonder andere begeleidende verschijnselen. De krampen duren een halve minuut en treden vooral op na het eten en verminderen zowel in frequentie als intensiteit door defecatie. Toen zij net getrouwd was, 4 jaar geleden, heeft zij ook gedurende 3 maanden dergelijke klachten gehad die spontaan zijn verdwenen zonder medische consultatie. Op dit moment verkeert Mw. Neven in de situatie dat haar man mogelijk uitgezonden wordt voor zijn werk naar Suriname; dit zou voor een periode van 2 jaar zijn en het gezin (met 2 kinderen) zou meegaan. Zij ervaart dit als een tamelijk zware druk omdat zij bang is zich in Suriname niet zo goed thuis te voelen. Inmiddels had zij samen met haar man echter wel besloten om te gaan als dat gevraagd zou worden door het bedrijf. Mw. Neven maakt zich ongerust over de buikklachten omdat ze heftiger zijn dan in de periode vlak na het huwelijk. Zij is verder gezond en gebruikt behalve orale anticonceptie geen medicatie. Bij onderzoek vind je een weke zwelling in de linker onderbuik, iets gevoelig bij palpatie, in het verloop van het sigmoid. Verder geen afwijkingen aan de buik.

De meest voor de hand liggende diagnose bij deze patiënt was: "kolieken van het colon".

Vraag 8:

Het meest aangewezen beleid bij deze patiënt is

- A: geruststelling, leefregels en eventueel spasmolytica
- B: doorverwijzing naar de internist
- C: doorverwijzing naar de chirurg
- D: doorverwijzing naar een psychisch hulpverlener

Casus 5

Bij dhr. Jansma is vandaag op de poli interne hypertensie vastgesteld. Hij heeft hiervoor felodipine 2 maal daags 5 mg gekregen. 's Avonds thuis voelt hij zich niet lekker en klaagt hij over ernstige hoofdpijn. De dienstdoende huisarts meet een bloeddruk van 230/140 mmHg en verwijst de man naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Je bent dienstdoende assistent interne. Op de EH meet je een bloeddruk van 240/150 mmHg; de rest van het lichamelijk onderzoek toont geen afwijkingen. Er is geen papiloedeem in fundus en het aanvullende laboratoriumonderzoek geeft: K⁺ 3,5 mmol/l, creatinine 131 µmol/l (deze zijn vergelijkbaar met de bevindingen op de poli). In het sediment zijn geen afwijkingen, verder wordt een matige albuminurie gevonden. Het ECG toont een beeld van een linker ventrikelhypertrofie. Je besluit patiënt op te nemen.

Vraag 9:

Wat is nu de therapie van eerste keuze ?

A: nifedipine (kort-werkende calciumantagonist) sublinguaal

B: enalapril (lang-werkende ACE-remmer) per os

C: labetalol (gecombineerde α - en β -blocker) intraveneus

Casus 6

Meneer Tanamaire, een 30-jarige man uit Zaïre, zie je op het poliklinische spreekuur in verband met hoesten zonder opgeven van sputum en kortademigheid bij geringe inspanning sinds enkele dagen. In het verleden werd geconstateerd dat hij HIV-positief was. Bij onderzoek zie je een zieke man van het negroïde ras met een bloeddruk van 110/60 mmHg, pols van 110/min, regulair en eequaal en een ademfrequentie van 35/min. De lichaamstemperatuur bedraagt rectaal 39.6 °C. In de keel zie je op het slijmvlies enkele witte plekje. Over hart en longen hoor je geen afwijkingen. Ook het verdere lichamelijk onderzoek levert geen afwijkingen op. Het bloedbeeld laat een leucocytose met linksverschuiving in de differentiatie zien en de arteriële bloedgasanalyse een pH van 7.41, PaCO₂ van 3.8 en een PaO₂ van 8.2 kPa. De thoraxfoto vertoont beiderzijds basaal infiltratieve afwijkingen.

Vraag 10:

Wat is de meest waarschijnlijke verklaring voor die witte plekje in de keel ?

- A: aphteuze ulceraties
- B: candidiasis
- C: herpes simplex infectie
- D: Kaposi sarcoom
- E: leucoplakia oris

Casus 6

Meneer Tanamaire, een 30-jarige man uit Zaïre, zie je op het poliklinische spreekuur in verband met hoesten zonder opgeven van sputum en kortademigheid bij geringe inspanning sinds enkele dagen. In het verleden werd geconstateerd dat hij HIV-positief was. Bij onderzoek zie je een zieke man van het negroïde ras met een bloeddruk van 110/60 mmHg, pols van 110/min, regulair en eequaal en een ademfrequentie van 35/min. De lichaamstemperatuur bedraagt rectaal 39.6 °C. In de keel zie je op het slijmvlies enkele witte plekje. Over hart en longen hoor je geen afwijkingen. Ook het verdere lichamelijk onderzoek levert geen afwijkingen op. Het bloedbeeld laat een leucocytose met linksverschuiving in de differentiatie zien en de arteriële bloedgasanalyse een pH van 7.41, PaCO₂ van 3.8 en een PaO₂ van 8.2 kPa. De thoraxfoto vertoont beiderzijds basaal infiltratieve afwijkingen.

Je veronderstelt dat de klachten van deze patiënt worden veroorzaakt door een pneumonie.

Vraag 11:

De bloedgasanalyse past het best bij ?

A: hypoventilatie

B: hyperventilatie

Casus 6

Meneer Tanamaire, een 30-jarige man uit Zaïre, zie je op het poliklinische spreekuur in verband met hoesten zonder opgeven van sputum en kortademigheid bij geringe inspanning sinds enkele dagen. In het verleden werd geconstateerd dat hij HIV-positief was. Bij onderzoek zie je een zieke man van het negroïde ras met een bloeddruk van 110/60 mmHg, pols van 110/min, regulair en eequaal en een ademfrequentie van 35/min. De lichaamstemperatuur bedraagt rectaal 39.6 °C. In de keel zie je op het slijmvlies enkele witte plekjejes. Over hart en longen hoor je geen afwijkingen. Ook het verdere lichamelijk onderzoek levert geen afwijkingen op. Het bloedbeeld laat een leucocytose met linksverschuiving in de differentiatie zien en de arteriële bloedgasanalyse een pH van 7.41, PaCO₂ van 3.8 en een PaO₂ van 8.2 kPa. De thoraxfoto vertoont beiderzijds basaal infiltratieve afwijkingen.

Je veronderstelt dat de klachten van deze patiënt worden veroorzaakt door een pneumonie.

De drie meest waarschijnlijke verwekkers van de pneumonie zijn: Mycobacterium tuberculosis, Pneumocystis carinii en Pneumococcen. Geef bij de volgende drie vragen de volgorde van waarschijnlijkheid aan.

Vraag 12:

Wat is de meest waarschijnlijke verwekker van de pneumonie ?

A: Mycobacterium tuberculosis

B: Pneumocystis carinii

C: Pneumococcen

Vraag 13:

Wat is de op een na meest waarschijnlijke verwekker van de pneumonie ?

A: Mycobacterium tuberculosis

B: Pneumocystis carinii

C: Pneumococcen

Vraag 14:

Wat is de op twee na meest waarschijnlijke verwekker van de pneumonie ?

A: Mycobacterium tuberculosis

B: Pneumocystis carinii

C: Pneumococcen

Casus 7

Dhr. Brands, 47 jaar, wordt verwezen door de huisarts naar de internist in verband met een veranderd defecatiepatroon. Jij ziet hem als nieuwe patiënt op het co-assistenten spreekuur. Hij heeft last van obstipatie, afgewisseld met diarree met slijmbijmenging. Hij heeft al jaren last van pijn in de rechter onderbuik en is bij de huisarts bekend met 'irritable bowel syndrome' (IBS). De laatste maanden heeft hij wat last van zuurbranden en opboeren. Hij is ongerust nadat hij op de televisie een programma over darmkanker heeft gezien. Inderdaad heeft hij ook de laatste maanden tweemaal wat rood bloed bij de ontlasting gezien. Hij is niet vermagerd, maar de eetlust is wat verminderd. Een oom is overleden aan de gevolgen van een rectumcarcinoom. Bij lichamelijk onderzoek zie je een wat nerveuze, niet zieke man met een normaal postuur. De bloeddruk is 140/85 mmHg, pols 84 regulair en aequaal. Er zijn geen pathologische lymfomen. Het volledige onderzoek toont geen afwijkende bevindingen, m.u.v. het rectaal toucher, waarbij je hemorrhoïden aantreft. De huisarts heeft al bloedonderzoek laten verrichten: Hb 6 mmol/L; Ht 0.31 L/L; MCV 75 fL; trombocyten $386 \cdot 10^9/L$; leucocyten $7.5 \cdot 10^9/L$; ferritine 10 $\mu g/L$; BSE 15 mm/u. De coloninloopfoto was normaal.

Vraag 15:

Wat toont het bloedonderzoek aan ?

- A: ijzergebrek anemie
- B: macrocytaire anemie
- C: normochrome anemie

Vraag 16:

Welk aanvullend onderzoek is geïndiceerd ?

- A: gastroscopie
- B: colonoscopie
- C: beide
- D: geen van beide

Casus 7

Dhr. Brands, 47 jaar, wordt verwezen door de huisarts naar de internist in verband met een veranderd defecatiepatroon. Jij ziet hem als nieuwe patiënt op het co-assistenten spreekuur. Hij heeft last van obstipatie, afgewisseld met diarree met slijmbijmenging. Hij heeft al jaren last van pijn in de rechter onderbuik en is bij de huisarts bekend met 'irritable bowel syndrome' (IBS). De laatste maanden heeft hij wat last van zuurbranden en opboeren. Hij is ongerust nadat hij op de televisie een programma over darmkanker heeft gezien. Inderdaad heeft hij ook de laatste maanden tweemaal wat rood bloed bij de ontlasting gezien. Hij is niet vermagerd, maar de eetlust is wat verminderd. Een oom is overleden aan de gevolgen van een rectumcarcinoom. Bij lichamelijk onderzoek zie je een wat nerveuze, niet zieke man met een normaal postuur. De bloeddruk is 140/85 mmHg, pols 84 regulair en aequaal. Er zijn geen pathologische lymfomen. Het volledige onderzoek toont geen afwijkende bevindingen, m.u.v. het rectaal toucher, waarbij je hemorrhoïden aantreft. De huisarts heeft al bloedonderzoek laten verrichten: Hb 6 mmol/L; Ht 0.31 L/L; MCV 75 fL; thrombocyten $386 \cdot 10^9/L$; leucocyten $7.5 \cdot 10^9/L$; ferritine 10 $\mu g/L$; BSE 15 mm/u. De coloninloopfoto was normaal.

Bij colonoscopie worden er in het sigmoïd twee poliepen met een doorsnede van 1 à 2 cm gevonden, die geheel verwijderd worden d.m.v. een snaar. Het slijmvlies van de rest van het colon is normaal. De histologie van een van de verwijderde poliepen toont sterke dysplasie van het epitheel, de steel van de poliep is normaal.

Vraag 17:

Wat is nu het meest aangewezen beleid ?

A: Je laat nog een thoraxfoto maken en een echo van de lever om metastasen uit te sluiten en stelt de patiënt voor aan de chirurg voor hemicolectomie.

B: Je laat de patiënt nog een keer een controle colonoscopie over drie maanden ondergaan en verzoekt de huisarts daarna het Hb jaarlijks te controleren.

C: Patiënt krijgt een controle colonoscopie over een jaar en vervolgens iedere drie jaar tot een leeftijd van 75 jaar.

Casus 8

Je ziet als co-assistent op de Interne afdeling de 37-jarige heer Musaka, immigrant afkomstig uit Afrika, die is opgenomen in verband met afwijkingen op de thoraxfoto die het meest aan tuberculose doen denken. Hij hoest wat, maar geeft niets op, en heeft 38,2 °C koorts en nachtzweeten. Bij lichamelijk onderzoek, m.n. over de longen, vind je geen afwijkingen. Je krijgt de opdracht van de chef de clinique om een programma op te stellen om de diagnose pulmonale tuberculose met zekerheid te kunnen stellen.

Vraag 18:

Welk van de volgende diagnostische onderzoeken is hiertoe NIET geïndiceerd ?

A: Direct preparaat (ZN).

B: Kweek van sputum.

C: Mantoux reactie.

D: Kweek van nuchtere maaginhoud.

E: Bronchoscopie met broncho alveolaire lavage (BAL).

Casus 8

Je ziet als co-assistent op de Interne afdeling de 37-jarige heer Musaka, immigrant afkomstig uit Afrika, die is opgenomen in verband met afwijkingen op de thoraxfoto die het meest aan tuberculose doen denken. Hij hoest wat, maar geeft niets op, en heeft 38,2 °C koorts en nachtzweeten. Bij lichamelijk onderzoek, m.n. over de longen, vind je geen afwijkingen. Je krijgt de opdracht van de chef de clinique om een programma op te stellen om de diagnose pulmonale tuberculose met zekerheid te kunnen stellen.

Bij verder onderzoek wordt d.m.v. de directe preparaten van de BAL-vloeistof de diagnose pulmonale tuberculose bevestigd. Er blijkt ook een extra pulmonale lokalisatie van tuberculose aanwezig te zijn: in een door de chirurg verwijderde klier uit de lies worden reuscellen gezien en de ZN-kleuring is positief. Je vraagt je af of de tuberculose de enige infectie is die hij heeft of dat er nog andere bijkomende infecties een rol spelen.

Vraag 19:

Welke van de onderstaande infecties is het meest waarschijnlijk ook aanwezig ?

A: Filariasis infectie.

B: HIV-infectie.

C: Typhus abdominalis.

D: Pneumococcen pneumonie.

Casus 9

Je bent co-assistent op de afdeling Kindergeneeskunde en ziet op het spreekuur een jongen van 1 jaar oud wegens klachten van diarree. Sinds de geboorte heeft het kind eigenlijk al dunnere ontlasting. Aanvankelijk kreeg hij borstvoeding en had hij na elke maaltijd borstvoedingsontlasting. Na de introductie van vaste voeding veranderde de ontlasting wat van kleur, maar hij bleef enkele malen per dag dunne ontlasting houden die een wat aparte geur had. Verder had hij enkele malen een bovenste luchtweginfectie en eenmaal zat het ook 'vast op de longen'. Bij klinisch onderzoek zie je een tener kind met gewicht op P3 en de lengte op P50. Hart- en longauscultatie zijn zonder afwijkingen, de buik is wat bol maar soepel en er zijn geen afwijkende dingen palpabel.

Vraag 20:

Welke is meest waarschijnlijke diagnose ?

A: coeliakie

B: peuterdiarree

C: gastro-enteritis

D: Henoch Schönlein

E: koemelkeiwitallergie

F: cystic fibrosis

G: chronische cystitis

Casus 10

Je loopt co-schappen op de afdeling Kindergeneeskunde en ziet op de polikliniek een jongen van 5 jaar. Hij is met spoed verwezen, omdat hij weigert te lopen. Veertien dagen geleden heeft hij een verkoudheid gehad waarvan hij volledig hersteld is en nu klaagt hij van pijn in zijn linker heup. Bij klinisch onderzoek zie je geen bijzonderheden behalve een antalgische houding van de pijnlijke linker heup. Hij heeft een subfebriële temperatuur. Je laat een röntgenfoto maken, maar deze laat geen afwijkingen zien. Een echo van de heup toont een kapselzwellling en een hydrops.

Vraag 21:

Welke is de meest waarschijnlijke diagnose?

- A: acuut rheuma
- B: posttraumatische artritis
- C: coxitis fugax
- D: beginnende osteomyelitis
- E: m. Perthes

Casus 10

Je loopt co-schappen op de afdeling Kindergeneeskunde en ziet op de polikliniek een jongen van 5 jaar. Hij is met spoed verwezen, omdat hij weigert te lopen. Veertien dagen geleden heeft hij een verkoudheid gehad waarvan hij volledig hersteld is en nu klaagt hij van pijn in zijn linker heup. Bij klinisch onderzoek zie je geen bijzonderheden behalve een antalgische houding van de pijnlijke linker heup. Hij heeft een subfebriële temperatuur. Je laat een röntgenfoto maken, maar deze laat geen afwijkingen zien. Een echo van de heup toont een kapselzwellling en een hydrops.

Je stelt de diagnose: coxitis fugax en wilt bij hem een therapeutisch beleid inzetten.

Vraag 22:

Welke van de onderstaande mogelijkheden zijn in dit therapeutisch beleid geïndiceerd?

- A: antibiotica voorschrijven
- B: ant-rheumatica voorschrijven
- C: rust voorschrijven
- D: antiflogisticum voorschrijven
- E: fysiotherapie
- F: gipsimmobilisatie

Casus 1

Antwoord 1: A

Antwoord 2: A

Antwoord 3: C

Casus 2

Antwoord 4: obsessief compulsieve stoornis; ocd

Antwoord 5: B

Casus 3

Antwoord 6: A

Casus 4

Antwoord 7: A

Antwoord 8: A

Casus 5

Antwoord 9: C

Casus 6

Antwoord 10: B

Antwoord 11: B

Antwoord 12: B

Antwoord 13: C

Antwoord 14: A

Casus 7

Antwoord 15: A

Antwoord 16: C

Antwoord 17: C

Casus 8

Antwoord 18: C

Antwoord 19: B

Casus 9

Antwoord 20: F

Casus 10

Antwoord 21: C

Antwoord 22: C, D