

Haematological Malignancy Patient-Reported Outcome Measure (HM-PRO)

La preghiamo di leggere l'introduzione prima di iniziare a completare il questionario

Introduzione

Questo questionario cerca di valutare le Sue percezioni di come la Sua malattia e la terapia abbiano un impatto sulla Sua vita quotidiana.

La **PARTE A** si riferisce ai differenti aspetti della Sua attività quotidiana, e la **PARTE B** si riferisce ai sintomi che Lei sta vivendo a causa della malattia e/o della terapia che Lei sta ricevendo.

PARTE A

Se questi aspetti non sono un problema per Lei, La preghiamo di spuntare la casella contrassegnata:

“PER NIENTE”

Se questi aspetti sono influenzati dalla Sua malattia ematologica, La preghiamo di decidere in che misura spuntando la casella contrassegnata:

“POCO; MOLTO”

Se una delle affermazioni non è applicabile alla Sua situazione, La preghiamo di spuntare la casella contrassegnata:

“NON APPLICABILE”

PARTE B

Se Lei non ha questo sintomo, La preghiamo di spuntare la casella contrassegnata:

“PER NIENTE”

Se il sintomo ha un effetto su di Lei, La preghiamo di indicare la severità del sintomo spuntando la casella contrassegnata:

“LIEVE/I; SEVERO/I”

Non c'è una risposta “corretta” o “sbagliata”. Se non è sicuro su come rispondere, La preghiamo di dare la migliore risposta possibile.

Le informazioni che fornirà rimarranno strettamente confidenziali.

La preghiamo di confermare i seguenti dettagli:

ID Paziente:

* **Ora di inizio:** _____

Data di nascita: DD / MM / YYYY

Data di oggi: DD / MM / YYYY

PARTE A

COME LE SEGUENTI COSE LA FANNO SENTIRE OGGI:

PER NIENTE

POCO

MOLTO

NON APPLICABILE

A. Le seguenti affermazioni descrivono la Sua abilità fisica

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ho difficoltà a camminare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ho difficoltà a prendermi cura di me stesso (per esempio vestirmi, lavarmi, ecc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ho difficoltà a fare attività fisica/sport..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ho difficoltà a viaggiare (per esempio usando l'autobus, il treno, l'aereo e l'auto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ho difficoltà ad uscire di casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ho difficoltà a lavorare (o studiare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ho difficoltà ad andare in vacanza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Le seguenti affermazioni descrivono il Suo benessere sociale

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Trovo difficile socializzare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sto avendo difficoltà nelle relazioni interpersonali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ho problemi nella mia vita sessuale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Le seguenti affermazioni descrivono il Suo stato emotivo

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mi preoccupo di essere un peso per gli altri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mi preoccupo che la gente mi giudichi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sono preoccupato per il mio aspetto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mi sento afflitto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mi sento ansioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mi preoccupo della morte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Non mi sento sicuro di me stesso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sono preoccupato della mia salute futura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Il mio ritmo del sonno è cambiato..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ho difficoltà a concentrarmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mi preoccupo per la terapia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha letto e risposto a tutte le affermazioni in questa pagina ?

COME LE SEGUENTI COSE LA FANNO SENTIRE OGGI:

PER NIENTE

POCO

MOLTO

NON
APPLICABILE

C. Le seguenti affermazioni descrivono le Sue abitudini nel mangiare e nel bere

No

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ho problemi di appetito..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le mie abitudini nel mangiare sono cambiate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le mie abitudini nel bere sono cambiate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La preghiamo di commentare nella zona sottostante qualsiasi altra parte della Sua vita quotidiana che è stata influenzata dalla Sua malattia o terapia.

Commenti:

Ha letto e risposto a tutte le affermazioni in questa pagina ?

[La preghiamo di andare alla pagina successiva](#)

PARTE B

LA PREGHIAMO DI SPUNTARE LA CASELLA CHE MEGLIO DESCRIVE I SINTOMI CHE HA PROVATO **NEGLI ULTIMI TRE GIORNI**:

	PER NIENTE	LIEVE/I	SEVERO/I
<i>Le seguenti affermazioni descrivono i sintomi della malattia o gli effetti collaterali del trattamento.</i>			
1. Ho/ho avuto febbre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ho mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ho problemi con i miei livelli di energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ho perdita di capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi sento stanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ho mal di schiena.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ho difficoltà a percepire i sapori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ho difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ho problemi alla pelle (prurito, lividi, eruzioni cutanee, ecc) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ho mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ho stitichezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ho dei noduli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ho dolore nel corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ho infezioni (torace, polmoni, tratto urinario, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ho sudorazione notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ho diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ho nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ho/ho avuto dolore al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La preghiamo di elencare nella casella sottostante qualsiasi altro sintomo che La riguardi o altri commenti che desidera fare

Ha letto e risposto a tutte le affermazioni riportate in questa pagina ?

* Ora di fine: - _____

Grazie!