

HM-PRO

אנא קרא / את המבוא לפני התחלת מילוי השאלון .

הקדמה

שאלון זה מבקש לבדוק כיצד את/ה חושב/ת שמחלתך ו/או הטיפול שלך משפיעים עליך/עלייך בחיי היום-יום .
חלק א' מתייחס להיבטים שונים של הפעילות היומית שלך **וחלק ב'** מתייחס לתסמינים שאת/ה חווה בשל מחלתך ו/או הטיפול שאת/ה מקבל/ת .

חלק א'

אם התחום אינו מהווה עבורך בעיה כלל , אנא סמן/י את התיבה הזו :
' כלל לא '

אם התחום מושפע על ידי מצבך ההמטולוגי , אנא בחר/י את הרמה בה הוא מושפע על ידי סימון של אחת התיבות הבאות :
' מעט ' ; ' הרבה '

אם אף אחת מההצהרות אינה רלוונטית עבורך , אנא סמן/י את התיבה הבאה :
' לא רלוונטי '

חלק ב'

אם אינך חווה את התסמין הזה , אנא סמן/י את התיבה הבאה :

' כלל לא '

אם התסמין משפיע עליך , אנא סמן/י את חומרת התסמין באחת מהתיבות הבאות :
' קל ' ; ' חמור '

אין תשובה "נכונה" או "שגויה" . אם אינך בטוח/ה כיצד לענות על שאלה , אנא בחר/י בתשובה הטובה ביותר שניתן .
 המידע שתמסור/תמסרי יישמר בסודיות מוחלטת .

אנא מלא/י את פרטיך/ פרטייך :

זיהוי מטופל :

תאריך לידה :

*** שעת ההתחלה :-** _____

התאריך היום : שנה / חודש / יום

אנא סמן/י את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר כיצד מצבך ההמטולוגי משפיע עליך/עלייך וכיצד את/ה מרגיש/ה בנוגע לנושאים אלה כיום

ההצהרות הבאות מתארות את תפקודך הגופני

לא רלוונטי	הרבה	מעט	כלל לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. יש לי קשיים בהליכה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. קשה לי לדאוג לעצמי (לדוגמה, להתלבש, להתקלח, וכו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. קשה לי בפעילות גופנית/ספורט.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. קשה לי לנסוע (לדוגמה, באוטובוס, רכבת, מטוס ורכב)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. קשה לי לצאת מהבית.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. קשה לי בעבודה (או בלימודים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. קשה לי לצאת לחופשות.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. יש לי קשיים בהתערות חברתית.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. קשה לי ביחסים אישיים.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. יש לי קשיים בחיי המין.....

ההצהרות הבאות מתארות את התנהגות רגשית

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. אני דואג שלא להיות נטל לאחרים.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. אני מודאג/ת מכך שאנשים שופטים אותי.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. אני מודאג/ת מהמראה החיצוני שלי.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. אני חש/ה במצוקה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. אני חש בחרדה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. אני מודאג/ת מן המוות.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. אינני מרגיש בטוח.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. אני דואג/ת לגבי בריאותי העתידית.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. דפוס השינה שלי השתנה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. קשה לי להתרכז.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. אני מודאג מהטיפול במחלתי.....

האם קראת וענית על כל ההצהרות בעמוד זה?

ההצהרות הבאות מתארות את אכילה ושתייה

לא רלוונטי	הרבה	מעט	כלל לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. יש לי בעיות בתיאבון.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. הרגלי האכילה שלי השתנו.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. הרגלי השתייה שלי השתנו.....

אנא פרט להלן על כל תחום אחר בחייך שהושפע ממחלתך או מהטיפול שלך .

הערות:

האם קראת וענית על כל ההצהרות בעמוד זה?

אנא עבור/עברי לעמוד הבא.

אנא סמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר את התסמינים שחווית בשלושה הימים האחרונים

תמור	קל	כלל לא	ההצהרות הבאות מתארות את תסמיני המחלה או את תופעות הלוואי של הטיפול
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. יש/היה לי חום.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. יש לי כאבי בטן.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. יש לי בעיות עם רמת האנרגיה שלי.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. יש לי נשירת שיער.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. אני מרגיש/ה עייף/ה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. יש לי כאבי גב.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. יש לי בעיות עם חוש הטעם.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. יש לי קשיי נשימה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. יש לי בעיות עור (למשל, גרד, חבורות כחולות, פריחה וכדומה).....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. יש לי כאבי ראש.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. יש לי עצירות.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. יש לי גושים.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. יש לי כאבי גוף.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. יש לי זיהומים (לדוגמה, בחזה, בריאות, במערכת השתן וכו').....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. יש לי הזעות לילה.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. יש לי שלשולים.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. יש לי בחילות.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. יש/היו לי כאבים בחזה.....

אנא פרט/י למטה כל תסמין אחר המדאיג אותך או כל הערה אחרת שתרצה/י להוסיף.

האם קראת וענית על כל ההצהרות בעמוד זה?

תודה רבה!

* שעת הסיום: _____ -