

HM-PRO

Перед заполнением опросника прочитайте, пожалуйста, введение.

Введение

В этом опроснике Вас просят оценить, как Ваше заболевание и/или лечение сказывается на Вашей повседневной жизни.

ЧАСТЬ А посвящена разным аспектам повседневной жизни – Вашему физическому и эмоциональному состоянию, общению с людьми; **ЧАСТЬ В** посвящена симптомам и проблемам, которые Вы, возможно, испытываете в связи с Вашим заболеванием и/или лечением.

ЧАСТЬ А

Если в утверждении говорится о проблеме, которая Вас не беспокоит, отметьте вариант ответа **„СОВСЕМ НЕТ“**

Если в утверждении говорится о проблеме, которую Вы испытываете из-за Вашего заболевания, укажите, насколько выражена эта проблема, отметив один из вариантов ответа:

„В НЕБОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ“; „В БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ“

Если какой-то вопрос не применим к Вам, отметьте вариант ответа **„НЕПРИМЕНИМО“**

ЧАСТЬ В

Если у Вас нет такого симптома, отметьте вариант ответа

„СИМПТОМ ОТСУТСТВУЕТ“

Если Вас беспокоит данный симптом, оцените выраженность симптома, отметив один из вариантов ответа:

„СИМПТОМ СЛАБО ВЫРАЖЕН“; „СИМПТОМ СИЛЬНО ВЫРАЖЕН“

Помните, что здесь нет «правильных» или «неправильных» ответов. Если Вы затрудняетесь выбрать ответ, отметьте тот, который Вам кажется наиболее приемлемым.

Предоставленная Вами информация будет храниться в тайне.

Пожалуйста, впишите свои данные:

Идентификационный номер пациента:

*** Время начала заполнения опросника:- _____**

Дата рождения:

Сегодняшняя дата:

ЧАСТЬ А

ОТМЕТЬТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ТОМУ, КАК ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ СКАЗЫВАЕТСЯ НА ВАШЕЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ И **В КАКОЙ МЕРЕ ВАС ЭТО БЕСПОКОИТ СЕГОДНЯ.**

А. Следующие утверждения характеризуют Ваше физическое состояние		Совсем нет	В небольшой степени	В большой степени	Неприменимо
1.	Мне трудно ходить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Мне трудно ухаживать за собой (например, одеваться, принимать ванну и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	У меня трудности с физической активностью/спортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	У меня трудности с поездками (напр. на автобусе, поезде, самолете и в автомобиле).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Мне трудно выходить из дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Мне трудно работать (учиться).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Мне трудно поехать куда-либо в отпуск.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В. Следующие утверждения характеризуют Ваши взаимодействия с людьми					
1.	Мне трудно контактировать с другими людьми в обществе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	У меня трудности в отношениях с близкими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	У меня проблемы с половой жизнью.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С. Следующие утверждения характеризуют Ваше эмоциональное состояние					
1.	Я беспокоюсь, что являюсь обузой для других	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Я боюсь, что другие люди осуждают меня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Меня беспокоит мой внешний вид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Я очень переживаю.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Я тревожусь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Меня беспокоят мысли о смерти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Я чувствую неуверенность в себе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Я беспокоюсь по поводу своего здоровья в будущем.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	У меня изменился режим сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Мне трудно сосредоточиться.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Меня беспокоит лечение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Все ли пункты на этой странице Вы прочитали и на все ли пункты ответили?

ОТМЕТЬТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ТОМУ, КАК ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ СКАЗЫВАЕТСЯ НА ВАШЕЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ И **В КАКОЙ МЕРЕ ВАС ЭТО БЕСПОКОИТ СЕГОДНЯ.**

D. Следующие утверждения характеризуют Ваш режим приема пищи и питья	Совсем нет	В небольшой степени	В большой степени	Неприменимо
1. У меня проблемы с аппетитом.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Я стал(-а) по-другому питаться.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У меня изменился режим питья и предпочтения в питье.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ниже опишите любые другие затруднения в повседневной жизни, вызванные болезнью или лечением.

Другие затруднения:

Все ли пункты на этой странице Вы прочитали и на все ли пункты ответили?

Пожалуйста, перейдите на следующую страницу.

ЧАСТЬ В

ОТМЕТЬТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ТОМУ, НАСКОЛЬКО ВЫРАЖЕНЫ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ **ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ДНЯ**.

Следующие пункты содержат описания симптомов заболевания или побочных эффектов лечения.

	Симптом отсутствует	Симптом слабо выражен	Симптом сильно выражен
1. У меня повышена температура/была повышена температура.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. У меня боли в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У меня не хватает энергии.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. У меня выпадают волосы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я чувствую себя усталым(-ой)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. У меня болит спина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. У меня нарушены вкусовые ощущения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Мне трудно дышать.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. У меня проблемы с кожей (зуд, синяки, сыпь и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. У меня болит голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. У меня запор.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. У меня нащупываются увеличенные лимфатические узлы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Я испытываю боль в теле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. У меня имеются инфекции (например, в бронхах, легких, мочевыделительной системе и др.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Я сильно потею по ночам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. У меня понос (диарея)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Меня тошнит.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. У меня болит/болело в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ниже перечислите любые другие симптомы, которые Вас беспокоят, или оставьте любые другие комментарии.

Все ли пункты на этой странице Вы прочитали и на все ли пункты ответили?

Благодарим Вас!

* **Время окончания заполнения опросника:** - _____