

(HM-PRO)

请在开始填写问卷前阅读简介。

简介

本问卷将征求您对于疾病状况和/或治疗如何影响您日常生活的看法。

A 部分与您日常活动的不同方面有关；**B 部分**与您由于病况和/或正在接受的治疗而正经历的症状有关。

A 部分

如果您对来说在该方面没有任何问题，请勾选标记如下的方框：

‘完全没有’

如果该方面受到您的血液病况的影响，请通过勾选其中一个标记如下的方框来选择受影响的程度：

‘有一点’；‘非常多’

如果任何这些陈述都不适用于您，请勾选标记如下的方框：

‘不适用’

B 部分

如果您没有经历此症状，请勾选标记如下的方框：

‘完全没有’

如果此症状正在影响着您，请通过勾选其中一个标记如下的方框来选择症状的严重程度：

‘轻度’；‘重度’

答案没有正误之分。如果您不确定如何回答某个问题，请尽量给出最佳答案。

您提供的信息将被严格保密。

请填写您的详细信息：

患者 ID 号

*开始时间： -

出生日期：

今天的日期：

A 部分

请勾选最能描述血液病况对您的影响以及**您今天对这些事情的感受**的方框。

A. 以下陈述描述了您的身体行为

		完全没有	有一点	非常多	不适用
1.	我走路有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我自理（例如穿衣、洗澡等）有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我肢体活动/体育运动有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	我旅行有困难（例如乘坐公共汽车、火车、飞机和汽车）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	我离开房子有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	我工作（或学习）有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	我外出去度假有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. 以下陈述描述了您的社交幸福感

1.	我社交有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我在处理人际关系方面有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我的性生活有问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. 以下陈述描述了您的情绪行为

1.	我担心成为别人的负担	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我担忧人们评判我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我担心我的外貌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	我感到苦恼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	我感到焦虑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	我担心会死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	我不自信	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	我担心我未来的健康	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	我的睡眠模式已经改变	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	我难以集中精力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	我对治疗感到担心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您已阅读并回答了本页的所有陈述吗？

请勾选最能描述血液病况对您的影响以及您今天对这些事情的感受的方框。

D. 以下陈述描述了您的饮食	完全没有	有一点	非常多	不适用
1. 我的胃口有问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我的进食习惯已经改变	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我的饮用习惯已经改变	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请在下面备注您日常生活中受您的疾病或治疗影响的任何其他方面。

备注:

您已阅读并回答了本页的所有陈述吗?

请翻到下一页。

B 部分

请勾选最能描述您**在过去三天所经历的症状**的方框

以下陈述描述了疾病症状或治疗副作用。

完全没有 轻度 重度

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我发热/曾有发热 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我胃疼 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我的能量情况有问题 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我脱发 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 我感到疲劳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 我有背痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 我的味觉有问题 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 我呼吸困难 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 我有皮肤问题（例如瘙痒、瘀伤、皮疹等）..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 我有头痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 我便秘 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 我有肿块 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 我身体疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 我有感染（例如胸部、肺部、泌尿系统等）..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 我晚上大量出汗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 我腹泻 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 我恶心 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 我胸痛/曾有胸痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

请在下面列出与您有关的任何其他症状或您想给出的任何其他备注。

您已阅读并回答了本页的所有陈述吗？

***结束时间： -**

感谢您！