

Hæmatologiske Kræftsygdomme - Patientrapporterede Oplysninger

(HM-PRO)

Læs venligst indledningen, før du udfylder spørgeskemaet.

Indledning

Dette spørgeskema undersøger din mening om, hvorledes din sygdom og/eller behandling påvirker din dagligdag.

AFSNIT A handler om forskellige aspekter af dine daglige aktiviteter, **AFSNIT B** handler om de symptomer, du oplever på grund af din sygdom og /eller den behandling, du modtager.

AFSNIT A

Hvis dette forhold ikke på nogen måde er et problem for dig, så vælg venligst svarmuligheden:

'SLET IKKE'

Hvis din hæmatologiske sygdom påvirker dette forhold, så vælg venligst svarmuligheden, som afspejler, hvor meget forholdet er påvirket:

'LIDT'; 'MEGET'

Hvis nogle af udsagnene ikke er relevante for dig, så vælg venligst svarmuligheden:

'IKKE RELEVANT'

AFSNIT B

Hvis du ikke oplever dette symptom, så vælg venligst svarmuligheden:

'SLET IKKE'

Hvis symptomet påvirker dig, så vælg venligst svarmuligheden, som afspejler sværhedsgraden af symptomet:

'MILD'; 'MEGET'

Der er ikke 'rigtige' eller 'forkerte' svar. Hvis du ikke er sikker på, hvad du skal svare, bedes du svare, så godt du kan.

Dine oplysninger vil blive behandlet strengt fortroligt.

Angiv venligst dine detaljer:

Patient ID: _____

Fødselsdato: _____
Dag/Måned/år

* Starttidspunkt: _____

Dags dato: _____
Dag/Måned/år

AFSNIT A

Vælg venligst det udsagn, der bedst beskriver, hvordan din hæmatologiske sygdom påvirker dig, og **HVORDAN DU HAR DET MED DISSE FORHOLD I DAG**

A. Følgende udsagn beskriver din Fysiske adfærd

	Slet ikke	Lidt	Meget	Ikke relevant
1. Jeg har svært ved at gå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har svært ved at klare personlig pleje (fx klæde mig på, bade m.v.)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har svært ved fysisk aktivitet/sport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har svært ved at rejse (fx med bus, tog, fly og bil).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg har svært ved at komme udenfor mit hjem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg har problemer med at arbejde (eller studere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg har svært ved at tage på ferie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Følgende udsagn beskriver din Sociale trivsel

1. Jeg har problemer med at deltage i sociale aktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har det svært med personlige relationer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har problemer med mit sexliv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Følgende udsagn beskriver din Følelsesmæssige adfærd

1. Jeg bekymrer mig om at være til besvær for andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg bekymrer mig om, hvad folk tænker om mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg bekymrer mig om mit udseende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er frustreret/ramt/ulykkelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg er angst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg bekymrer mig om døden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg føler mig <u>ikke</u> selvsikker (vær opmærksom på, at der står IKKE).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg er bekymret for mit fremtidige helbred.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Min søvnrytme har ændret sig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg har svært ved at koncentrere mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg bekymrer mig om behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du læst og svaret på alle udsagn på denne side?

Vælg venligst det udsagn, der bedst beskriver, hvordan din hæmatologiske sygdom påvirker dig, og **HVORDAN DU HAR DET MED DISSE FORHOLD I DAG**

**D. Følgende udsagn beskriver dine
Spise- og Drikkevaner**

Slet ikke
Lidt
Meget
Ikke relevant

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg har problemer med min appetit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mine spisevaner har ændret sig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mine drikkevaner har ændret sig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Angiv venligst nedenfor, om andre områder i din hverdag er påvirket af din sygdom eller behandling.

Kommentarer:

Har du læst og svaret på alle udsagn på denne side?

Gå venligst til næste side.

AFSNIT B

VÆLG VENLIGST DET UDSAGN, DER BEDST BESKRIVER DE SYMPTOMER, DU HAR OPLEVET **DE SIDSTE TRE DAGE**

De følgende udsagn beskriver sygdomssymptomer eller bivirkninger til behandling

	<i>Slet ikke</i>	<i>Mild</i>	<i>Meget</i>
1. Jeg har/har haft feber.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har mavesmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har problemer med mit energiniveau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har hårtab.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg føler mig træt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg har rygsmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg har problemer med smagssansen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har åndedrætsbesvær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg har hudproblemer (fx kløe, blå mærker, udslæt m.v.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg har hovedpine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg er forstoppet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg har knuder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg har smerter i kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg har betændelse (fx lunge, blære m.v.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg har nattesved.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg har diarré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg har kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg har/har haft brystmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor bedes du angive andre symptomer, der bekymrer dig, eller kommentere på andet, du finder relevant

Har du læst og svaret på alle udsagn på denne side?

Tak!

*Sluttidspunkt: _____