

ПОВЕРИТЕЛНО

Въпросник за измерване на резултатите, докладвани от пациента,
за злокачествено хематологично заболяване
(HM-PRO)

Моля, прочетете въведението, преди да започнете с попълването на въпросника.

Въведение

С този въпросник бихме искали да потърсим мнението Ви относно това как Вашето заболяване и/или лечение влияят на ежедневието Ви.

ЧАСТ А се отнася до различни области на ежедневните Ви дейности, а **ЧАСТ Б** се отнася до симптомите, които изпитвате поради Вашето заболяване и/или лечението, което получавате.

ЧАСТ А

Ако областта не представлява никакъв проблем за Вас, моля, поставете отметка в квадратчето:

ИЗОБЩО НЕ

Ако областта е засегната от хематологичното Ви заболяване, моля, изберете в каква степен, като поставите отметка в едно от квадратчетата:

МАЛКО; МНОГО

Ако някое от твърденията не е приложимо за Вас, моля, поставете отметка в квадратчето:

НЕ Е ПРИЛОЖИМО

ЧАСТ Б

Ако не изпитвате този симптом, моля, поставете отметка в квадратчето:

ИЗОБЩО НЕ

Ако сте изпитали симптома, моля, посочете неговата степен, като поставите отметка в едно от квадратчетата:

ЛЕКА СТЕПЕН; ТЕЖКА СТЕПЕН

Няма правилен или грешен отговор. Ако не сте сигурен(на) как да отговорите на даден въпрос, моля, посочете възможно най-подходящия отговор.

Предоставената от Вас информация ще остане строго поверителна.

Моля, попълнете Вашите данни:

Идентификационен
номер на пациента:

* Час на започване
на въпросника:

Дата на раждане:

Днешната дата:

ЧАСТ А

МОЛЯ, ПОСТАВЕТЕ ОТМЕТКА В КВАДРАТЧЕТО, КОЕТО НАЙ-ДОБРЕ ОПИСВА КАК ВИ ВЛИЯЕ ВАШЕТО ХЕМАТОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ И **КАК СЕ ЧУВСТВАТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА ТЕЗИ НЕЩА ДНЕС**

А. Следващите твърдения описват Вашето физическо поведение	Изобщо не	Малко	Много	Не е приложимо
1. Трудно ми е да вървя.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Трудно ми е да се грижа за себе си (напр. обличане, къпане и др.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Трудно ми е да извършвам физическа дейност/спорт....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Трудно ми е да пътувам (напр. с автобус, влак, самолет и автомобил).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Трудно ми е да излизам от къщи.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Трудно ми е с работата (или обучението)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Трудно ми е да ходя на почивка.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Б. Следващите твърдения описват Вашето социално благополучие				
1. Трудно ми е да се социализирам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Имам затруднения в личните взаимоотношения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Имам затруднения в сексуалния си живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В. Следващите твърдения описват Вашето емоционално поведение				
1. Тревожа се, че съм в тежест на другите.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Притеснявам се, че хората ме съдят	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Притеснявам се за външния си вид.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чувствам се измъчен(а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чувствам се тревожен(на)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Тревожа се, че може да умра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Не се чувствам уверен(а).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Тревожа се за здравето си в бъдеще	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Моделът ми на сън се промени.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Трудно ми е да се концентрирам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Тревожа се за лечението.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Прочетохте ли и отговорихте ли на всички твърдения на тази страница?

МОЛЯ, ПОСТАВЕТЕ ОТМЕТКА В КВАДРАТЧЕТО, КОЕТО НАЙ-ДОБРЕ ОПИСВА КАК ВИ ВЛИЯЕ ВАШЕТО ХЕМАТОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ И **КАК СЕ ЧУВСТВАТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА ТЕЗИ НЕЩА ДНЕС**

Г. Следващите твърдения описват Вашето хранене и пиене

	Изобщо не	Малко	Много	Не е приложимо
1. Имам проблеми с апетита си	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Хранителните ми навици се промениха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Навиците ми на консумиране на алкохолни и безалкохолни напитки се промениха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Моля, оставете коментари по-долу относно други области от ежедневието Ви, които са засегнати от Вашето заболяване или от лечението.

Коментари:

Прочетохте ли и отговорихте ли на всички твърдения на тази страница?

Моля, обърнете на следващата страница.

ЧАСТ Б

МОЛЯ, ПОСТАВЕТЕ ОТМЕТКА В КВАДРАТЧЕТО, КОЕТО НАЙ-ДОБРЕ ОПИСВА СИМПТОМИТЕ, КОИТО ИЗПИТАХТЕ **ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ ТРИ ДНИ**

Следващите твърдения описват симптоми на заболяването или странични ефекти от лечението

	Изобщо не	Лека степен	Тежка степен
1. Имам/имах висока температура	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Имам болки в стомаха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Имам проблеми с енергията си	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Имам косопад.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Чувствам се уморен(а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Имам болки в гърба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Имам проблеми с усещането за вкус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Имам затруднения с дишането.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Имам кожни проблеми (напр. сърбеж, синини, обриви и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Имам главоболие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Имам запек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Имам бучки.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Имам болки по тялото	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Имам инфекции (напр. на гръдния кош, белите дробове, уринарна и др.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Имам нощни изпотявания.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Имам диария	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Имам гадене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Имам/имах болки в гърдите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Моля, посочете по-долу всеки друг симптом, който Ви притеснява, или оставете коментар, ако желаете.

Прочетохте ли и отговорихте ли на всички твърдения на тази страница?

Благодарим Ви!

*** Час на приключване на въпросника:** _____