

## DŮVĚRNÉ

# Dotazník výsledků hlášených pacientem pro hematologické malignity (HM-PRO)

*Než začnete vyplňovat dotazník, přečtěte si prosím úvod.*

### Úvod

Tento dotazník zjišťuje vaše názory na to, jak vaše onemocnění a/nebo léčba ovlivňuje váš každodenní život.

**ČÁST A** se týká různých aspektů vaší každodenní činnosti a **ČÁST B** se týká příznaků, které pociťujete v důsledku svého onemocnění a/nebo léčby, kterou dostáváte.

### ČÁST A

Pokud pro vás tato oblast nepředstavuje žádný problém, zaškrtněte políčko označené:

**„VŮBEC NE“**

Pokud je oblast ovlivněna vaším hematologickým onemocněním, vyberte míru vlivu, a to zaškrtnutím jednoho z označených políček:

**„TROCHU“; „HODNĚ“**

Pokud se na vás některé tvrzení nevztahuje, zaškrtněte políčko označené:

**„NEVZTAHUJE SE“**

### ČÁST B

Pokud se u vás tento příznak nevyskytuje, zaškrtněte políčko označené:

**„VŮBEC NE“**

Pokud vás tento příznak ovlivňuje, zvolte závažnost příznaku zaškrtnutím jednoho z políček označených:

**„MÍRNÁ“; „ZÁVAŽNÁ“**

Neexistuje žádná „správná“ nebo „špatná“ odpověď. Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, odpovězte, jak nejlépe dokážete.

Informace, které poskytnete, zůstanou přísně důvěrné.

Vyplňte prosím své údaje:

ID pacienta:

\* Čas zahájení:

Datum narození:

Dnešní datum:

# ČÁST A

ZAŠKRTNĚTE PROSÍM POLÍČKO, KTERÉ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK VÁS HEMATOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ OVLIVŇUJE A  
**JAK SE DNES V TÉTO SOUVISLOSTI CÍTÍTE**

	Vůbec ne	Trochu	Hodně	Nevztahuje se
<b>A. Následující výroky popisují vaše fyzické chování</b>				
1. Mám potíže s chůzí .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám potíže s péčí o sebe (např. oblékání, koupání atd.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám potíže s fyzickou aktivitou/sportem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mám potíže s cestováním (např. autobusem, vlakem, letadlem a autem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mám potíže s odchodem z domu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mám potíže s prací (nebo studiem) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mám potíže s cestováním na dovolenou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Následující výroky popisují vaši sociální pohodu</b>				
1. Mám potíže se společenským životem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám potíže s osobními vztahy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problémy se sexuálním životem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Následující výroky popisují vaše emoční chování</b>				
1. Dělán si starosti, že budu pro ostatní přítěží .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám obavy, že mě lidé budou odsuzovat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dělán si starosti o svůj vzhled .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cítím se utrápeně.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítím se úzkostně .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dělán si starosti, že zemřu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Necítím se sebevědomě.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dělán si starosti o své zdraví v budoucnu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Můj spánkový režim se změnil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám potíže se soustředěním .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dělán si starosti s léčbou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Přečetl(a) jste si všechny výroky na této stránce a odpověděl(a) na ně?

ZAŠKRTNĚTE PROSÍM POLÍČKO, KTERÉ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK VÁS HEMATOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ OVLIVŇUJE A  
**JAK SE DNES V TÉTO SOUVISLOSTI CÍTÍTE**

Vůbec ne

Trochu

Hodně

Nevztahuje se

**D. Následující výroky popisují vaše jedení a pití**

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mám potíže s chutí k jídlu.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moje stravovací návyky se změnily..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Moje pitné návyky se změnily.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Níže prosím uveďte jakoukoli další oblast vašeho každodenního života, která byla ovlivněna vaší nemocí nebo léčbou.**

Poznámky:

Přečetl(a) jste si všechny výroky na této stránce a odpověděl(a) na ně?

**[Obrátte prosím na další stranu.](#)**

## ČÁST B

ZAŠKRTNĚTE PROSÍM POLÍČKO, KTERÉ NEJLÉPE VYSTIHUJE PŘÍZNAKY, KTERÉ SE U VÁS VYSKYTLY **BĚHEM POSLEDNÍCH TŘÍ DNŮ**.

<i>Následující výroky popisují příznaky onemocnění nebo vedlejší účinky léčby.</i>	<i>Vůbec ne</i>	<i>Mírná</i>	<i>Závažná</i>
1. Mám / měl(a) jsem horečku .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bolí mě břicho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problémy s mírou energie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vypadávají mi vlasy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítím se unaveně .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bolí mě záda .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mám problémy s vnímáním chuti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mám potíže s dýcháním .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mám kožní problémy (např. svědění, modřiny, vyrážky atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám bolesti hlavy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mám zácpu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mám bouličky .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bolí mě tělo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mám infekce (např. hrudníku, plic, močových cest atd.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. V noci se potím .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mám průjem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mám nevolnost .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mám / měl(a) jsem bolest na hrudi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Níže prosím uveďte jakýkoli další příznak, který vás znepokojuje, nebo jakoukoli jinou poznámku, kterou byste chtěl(a) uvést.*

Přečetl(a) jste si všechny výroky na této stránce a odpověděl(a) na ně?

Děkujeme vám.

\* Čas ukončení: - \_\_\_\_\_