

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Μέτρηση αναφερόμενων από τον ασθενή αποτελεσμάτων αιματολογικής κακοήθειας (HM-PRO)

Διαβάστε την εισαγωγή πριν ξεκινήσετε να συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.

Εισαγωγή

Αυτό το ερωτηματολόγιο ζητά τις απόψεις σας σχετικά με το πώς η πάθηση ή/και η θεραπεία σας επηρεάζουν την καθημερινότητά σας.

Το **ΜΕΡΟΣ Α** σχετίζεται με διαφορετικές πτυχές της καθημερινής σας δραστηριότητας και το **ΜΕΡΟΣ Β** σχετίζεται με τα συμπτώματα που παρουσιάζετε λόγω της πάθησής σας ή/και της θεραπείας που λαμβάνετε.

ΜΕΡΟΣ Α

Αν ο τομέας δεν αποτελεί κανένα πρόβλημα για εσάς, βάλτε ένα X στο πλαίσιο με την ένδειξη:
«ΚΑΘΟΛΟΥ»

Αν ο τομέας επηρεάζεται από την αιματολογική σας πάθηση, επιλέξτε τον βαθμό στον οποίο επηρεάζεται βάζοντας ένα X σε ένα από τα πλαίσια με την ένδειξη:

«ΛΙΓΟ», «ΠΟΛΥ»

Αν οποιαδήποτε από τις δηλώσεις δεν ισχύει για εσάς, βάλτε X στο πλαίσιο με την ένδειξη:

«ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ»

ΜΕΡΟΣ Β

Αν δεν παρουσιάζετε αυτό το σύμπτωμα, βάλτε X στο πλαίσιο με την ένδειξη:

«ΚΑΘΟΛΟΥ»

Αν το σύμπτωμα σας επηρεάζει, επιλέξτε τη βαρύτητα του συμπτώματος βάζοντας X σε ένα από τα πλαίσια με την ένδειξη:

«ΗΠΙΟ», «ΒΑΡΥ»

Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις. Αν έχετε αμφιβολία για το πώς να απαντήσετε σε μια ερώτηση, δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.

Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές.

Συμπληρώστε τα στοιχεία σας:

Αναγνωριστικό
ασθενούς:

* Ώρα έναρξης: _____

Ημερομηνία
γέννησης:

Σημερινή
ημερομηνία:

ΜΕΡΟΣ Α

ΒΑΛΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΑΣ ΠΑΘΗΣΗ ΚΑΙ **ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΑ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΗΜΕΡΑ**

	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Δεν ισχύει
A. Οι παρακάτω δηλώσεις περιγράφουν τη σωματική σας συμπεριφορά				
1. Δυσκολεύομαι με το περπάτημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Δυσκολεύομαι με την προσωπική φροντίδα (π.χ. ντύσιμο, μπάνιο κ.λπ.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Δυσκολεύομαι με σωματικές δραστηριότητες/αθλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Δυσκολεύομαι με τις μετακινήσεις (π.χ. λεωφορείο, τρένο, αεροπλάνο και αυτοκίνητο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Δυσκολεύομαι να βγω από το σπίτι.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Δυσκολεύομαι με τη δουλειά (ή τις σπουδές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Δυσκολεύομαι να πάω διακοπές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Οι ακόλουθες δηλώσεις περιγράφουν την κοινωνική σας ευημερία				
1. Δυσκολεύομαι στις κοινωνικές συναναστροφές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Δυσκολεύομαι με τις προσωπικές σχέσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχω προβλήματα με τη σεξουαλική μου ζωή.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Οι παρακάτω δηλώσεις περιγράφουν τη συναισθηματική σας συμπεριφορά				
1. Ανησυχώ ότι είμαι βάρος στους άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Προβληματίζομαι ότι με κρίνει ο κόσμος.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ανησυχώ για την εμφάνισή μου.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Νιώθω οδύνη.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Νιώθω άγχος.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ανησυχώ για τον θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Δε νιώθω αυτοπεποίθηση.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ανησυχώ για τη μελλοντική μου υγεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Έχουν αλλάξει οι συνήθειες του ύπνου μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ανησυχώ για τη θεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Διαβάσατε και απαντήσατε σε όλες τις δηλώσεις αυτής της σελίδας;

ΒΑΛΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΑΣ ΠΑΘΗΣΗ ΚΑΙ **ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΑ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΗΜΕΡΑ**

Καθόλου Λίγο Πολύ Δεν ισχύει

D. Οι ακόλουθες δηλώσεις περιγράφουν τις συνήθειές σας στην κατανάλωση φαγητού και ποτών

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Έχω προβλήματα με την όρεξή μου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Έχουν αλλάξει οι συνήθειές μου ως προς την κατανάλωση φαγητού..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Έχουν αλλάξει οι συνήθειές μου ως προς την κατανάλωση ποτών..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Σχολιάστε παρακάτω οποιονδήποτε άλλον τομέα της καθημερινότητάς σας που έχει επηρεαστεί από τη νόσο ή τη θεραπεία σας.

Σχόλια:

Διαβάσατε και απαντήσατε σε όλες τις δηλώσεις αυτής της σελίδας;

Προχωρήστε στην επόμενη σελίδα.

ΜΕΡΟΣ Β

ΒΑΛΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΤΕ **ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΤΡΕΙΣ ΜΕΡΕΣ**

<i>Οι παρακάτω δηλώσεις περιγράφουν τα συμπτώματα της νόσου ή τις παρενέργειες της θεραπείας.</i>	<i>Καθόλου</i>	<i>Ήπιο</i>	<i>Βαρύ</i>
1. Έχω/είχα πυρετό.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχω στομαχόπονο.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχω προβλήματα με το επίπεδο της ενέργειάς μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Έχω τριχόπτωση.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Νιώθω κούραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Έχω πόνο στην πλάτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Έχω προβλήματα με την αίσθηση της γεύσης μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Δυσκολεύομαι να αναπνεύσω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Έχω δερματικά προβλήματα (π.χ. φαγούρα, μελανιές, εξανθήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Έχω πονοκεφάλους.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Έχω δυσκοιλιότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Έχω εξογκώματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Έχω σωματικό πόνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Έχω λοιμώξεις (π.χ. θώρακας, πνεύμονες, ουροποιητικό κ.λπ.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Έχω νυχτερινή εφίδρωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Έχω διάρροια.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Έχω ναυτία.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Έχω/είχα πόνο στον θώρακα.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γράψτε παρακάτω οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα που σας ανησυχεί ή οποιοδήποτε άλλο σχόλιο θα θέλατε να κάνετε.

Διαβάσατε και απαντήσατε σε όλες τις δηλώσεις αυτής της σελίδας;

Ευχαριστούμε!

* Ώρα ολοκλήρωσης: - _____

© MS Salek, EN Olivia, TI Ionova 2017