

## BIZALMAS

# Hematológiai rosszindulatú daganatos betegek beszámolója szerinti eredmény mérése (HM-PRO)

*Kérjük, olvassa el a bevezetőt, mielőtt elkezdi kitölteni a kérdőívet.*

## Bevezető

Ebben a kérdőívben arra vagyunk kíváncsiak, hogy Ön szerint a betegsége és/vagy a kezelése milyen hatással van a mindennapi életére.

Az **A. RÉSZ** a mindennapi tevékenységeinek különböző szempontjaival, a **B. RÉSZ** pedig a betegsége és/vagy a kezelése tüneteivel foglalkozik.

## A. RÉSZ

Ha az adott terület semmilyen szempontból nem jelent Önnek problémát, kérjük, a következő feliratú négyzetet jelölje meg:

**„EGYÁLTALÁN NEM”**

Ha az adott területre hatással van a hematológiai betegsége, kérjük, az alábbi négyzetek egyikének megjelölésével válassza ki, hogy milyen mértékű ez a hatás:

**„KICSIT”, „NAGYON”**

Ha valamelyik állítás nem vonatkozik Önre, kérjük, a következő feliratú négyzetet jelölje meg:

**„NEM VONATKOZIK RÁM”**

## B. RÉSZ

Ha nem tapasztalja az adott tünetet, kérjük, a következő feliratú négyzetet jelölje meg:

**„EGYÁLTALÁN NEM”**

Ha a tünet jelentkezik Önnél, kérjük, a következő feliratú négyzetek egyikének megjelölésével válassza ki, hogy milyen erős a tünet:

**„ENYHE”, „ERŐS”**

Nincsenek „helyes” vagy „helytelen” válaszok. Ha nem biztos abban, hogy hogyan válaszoljon a kérdésre, kérjük, a lehető legjobb választ adja meg.

Az Ön által megadott információkat szigorúan bizalmasan kezeljük.

Kérjük, adja meg adatait:

Betegazonosító:

\*Kezdés időpontja:

Születési idő:

Mai dátum:

## A. RÉSZ

KÉRJÜK, JELÖLJE MEG AZT A NÉGYZETET, AMELYIK A LEGJOBBAN LEÍRJA, HOGY MILYEN HATÁSSAL VAN ÖNRE A HEMATOLÓGIAI BETEGSÉGE, ÉS HOGY **HOGYAN ÉREZ EZEKSEL KAPCSOLATBAN A MAI NAPON**

### A. Az alábbi állítások az élete testi vonatkozásairól adnak leírást

- |                                                                             | Egyáltalán<br>nem        | Kicsit                   | Nagyon                   | Nem vonatkozik<br>rá     |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nehézséget okoz a járás .....                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehézséget okoz az önellátás (pl. öltözködés, fürdés stb.) ..            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehézséget okoz a testmozgás/sportolás .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehézséget okoz az utazás (pl. buszon, vonaton, repülőn és autóval)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehézséget okoz, hogy elmenjek otthonról .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nehézséget okoz a munka (vagy a tanulás).....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehézséget okoz, hogy elmenjek nyaralni .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B. Az alábbi állítások az élete társasági vonatkozásairól adnak leírást

- |                                                       |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nehézséget okoz a társasági élet.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehézségeim vannak a személyes kapcsolatokban..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problémás a szexuális életem .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### C. Az alábbi állítások az élete értelmi vonatkozásairól adnak leírást

- |                                                                |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nyugtalanít, hogy mások terhére vagyok .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Aggaszt, hogy mások megítélnek.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nyugtalanít a külsőm .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Csüggedtnek érzem magam.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Szorongok .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nyugtalanít a halál gondolata .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nem érzem magamat magabiztosnak .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nyugtalanít, hogy milyen lesz a jövőben az egészségem ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Megváltoztak az alvási szokásaim.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehezen tudok koncentrálni.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nyugtalanít a kezelés .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mindegyik állítást elolvasta és megválaszolta ezen az oldalon?

KÉRJÜK, JELÖLJE MEG AZT A NÉGYZETET, AMELYIK A LEGJOBBAN LEÍRJA, HOGY MILYEN HATÁSSAL VAN ÖNRE A HEMATOLÓGIAI BETEGSÉGE, ÉS HOGY **HOGYAN ÉREZ EZEKSEL KAPCSOLATBAN A MAI NAPON**

Egyáltalán  
nem

Kicsit

Nagyon

Nem vonatkozik  
rá

**D. Az alábbi állítások az élete táplálkozási vonatkozásairól adnak leírást**

- |                                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Problémám van az étvágyammal.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Megváltoztak az evési szokásaim ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Megváltoztak az ivási szokásaim.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Kérjük, az alábbi „Megjegyzések” rovatban írja le, ha a mindennapi életének van egyéb olyan területe, amelyre a betegsége vagy a kezelése hatással van.**

Megjegyzések:

Mindegyik állítást elolvasta és megválaszolta ezen az oldalon?

**Kérjük, lapozzon a következő oldalra.**

## B. RÉSZ

KÉRJÜK, JELÖLJE MEG AZT A NÉGYZETET, AMELYIK A LEGJOBBAN LEÍRJA AZOKAT A TŰNETEKET, AMELYEKET **AZ ELMŰLT HÁROM NAP SORÁN** TAPASZTALT

*Az alábbi állítások betegség okozta tüneteket vagy kezelésből eredő mellékhatásokat írnak le.*

	Egyáltalán nem	Enyhe	Erős
1. Lázás vagyok/voltam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fáj a gyomrom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problémáim vannak az energiaszintemmel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hullik a hajam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fáradt vagyok .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fáj a hátam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problémáim vannak az ízérzékelésemmel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehezen tudok lélegezni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bőrproblémáim vannak (pl. viszketés, véraláfutások, kiütések stb.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fáj a fejem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Székrekedésem van .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Csomóim vannak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Testi fájdalmaim vannak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fertőzéseim vannak (pl. mellkasi, tüdő-, húgyúti stb. fertőzéseim).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Éjszaka verejtékezem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hasmenésem van.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hányingerem van.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mellkasi fájdalmam van/volt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Kérjük, az alábbiakban soroljon fel minden egyéb tünetet, ami nyugtalanítja, és ha van bármilyen megjegyzése, azt is írja le.*

Mindegyik állítást elolvasta és megválaszolta ezen az oldalon?

Köszönjük!

**\*Befejezés időpontja: - \_\_\_\_\_**