

# Hematologische maligniteiten - door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (Haematological Malignancy Patient-Reported Outcome Measure, HM-PRO)

*Lees eerst de inleiding voordat u begint met het invullen van de vragenlijst.*

## **Inleiding**

Met deze vragenlijst willen we graag te weten komen wat u vindt van de impact van uw ziekte en/of behandeling op uw dagelijks leven.

**DEEL A** gaat over verschillende aspecten van uw dagelijkse bezigheden en **DEEL B** gaat over de klachten die u heeft door uw ziekte en/of uw behandeling.

## **DEEL A**

Als iets voor u geen enkel probleem is, kruis dan het vakje aan bij

**'HELEMAAL NIET'**

Als uw hematologische aandoening wel van invloed is op de bezigheid, geef dan aan in welke mate de aandoening van invloed is door het vakje aan te kruisen bij

**'EEN BEETJE'; 'HEEL ERG'**

Als een van de stellingen niet van toepassing is voor u, kruis dan het vakje aan bij

**'NIET VAN TOEPASSING'**

## **DEEL B**

Als u deze klacht niet heeft, kruis dan het vakje aan bij

**'HELEMAAL NIET'**

Als u wel last heeft van de klacht, geef dan aan hoe ernstig de klacht is door het vakje aan te kruisen bij

**'LICHT'; 'ERNSTIG'**

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u niet zeker weet hoe u de vraag moet beantwoorden, geef dan gewoon zo goed mogelijk antwoord.

De informatie die u geeft, blijft strikt vertrouwelijk.

Vul hier uw gegevens in:

ID-nummer  
patiënt:

**\* Begintijd:**

\_\_\_\_\_

Geboortedatum:

Datum

vandaag:

# DEEL A

KRUIS HET VAKJE AAN DAT HET BESTE BESCHRIJFT IN HOEVERRE UW HEMATOLOGISCHE AANDOENING VAN INVLOED IS OP U EN **HOE U ZICH VANDAAG VOELT OVER DEZE DINGEN**

	Helemaal niet	Een beetje	Heel erg	Niet van toepassing
<b>A. De volgende stellingen gaan over uw lichamelijke gedrag</b>				
1. Ik heb moeite met lopen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik heb moeite met persoonlijke verzorging (bijv. aankleden, douchen of wassen enz.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb moeite met lichamelijke activiteiten/sporten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik heb moeite met reizen (bijv. met de bus, trein, vliegtuig en auto).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik heb moeite om de deur uit te gaan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik heb moeite met werk (of studie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik kan moeilijk op vakantie gaan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. De volgende stellingen gaan over uw sociaal welzijn</b>				
1. Ik heb moeite met sociale interacties.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik heb moeite met persoonlijke relaties .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb problemen met mijn seksleven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. De volgende stellingen gaan over uw emotionele gedrag</b>				
1. Ik maak me zorgen dat ik anderen tot last ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik maak me zorgen dat mensen een oordeel over mij hebben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik maak me zorgen over mijn uiterlijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik ben van streek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik voel me angstig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik maak me zorgen dat ik dood ga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik heb niet veel zelfvertrouwen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik maak me zorgen over mijn gezondheid in de toekomst...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mijn slaappatroon is veranderd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik heb moeite om me te concentreren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik maak me zorgen over mijn behandeling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u alle stellingen op deze bladzijde gelezen en beantwoord?

KRUIS HET VAKJE AAN DAT HET BESTE BESCHRIJFT IN HOEVERRE UW HEMATOLOGISCHE AANDOENING VAN INVLOED IS OP U EN **HOE U ZICH VANDAAG VOELT OVER DEZE DINGEN**

Helemaal  
niet

Een beetje

Heel erg

Niet van  
toepassing

**D. De volgende stellingen gaan over uw eet- en drinkgewoontes**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ik heb problemen met mijn eetlust ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mijn eetgewoontes zijn veranderd.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mijn drinkgewoontes zijn veranderd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Geef hieronder aan of er nog andere gebieden van uw dagelijks leven zijn die beïnvloed worden door uw ziekte of door de behandeling.**

Opmerkingen:

Heeft u alle stellingen op deze bladzijde gelezen en beantwoord?

**Ga verder naar de volgende bladzijde.**

## DEEL B

KRUIS HET VAKJE AAN DAT HET BESTE BESCHRIJFT WELKE KLACHTEN U **DE AFGELOPEN DRIE DAGEN HEEFT HAD**

*De volgende stellingen gaan over klachten door uw ziekte of bijwerkingen van de behandeling.*

	Helemaal niet	Licht	Ernstig
1. Ik heb koorts (gehad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik heb buikpijn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb problemen met mijn energieniveau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik heb haaruitval .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik voel me moe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik heb rugpijn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik heb problemen met mijn smaak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik heb moeite met ademen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik heb huidproblemen (bijv. jeuk, blauwe plekken, uitslag enz.) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik heb hoofdpijn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik heb last van verstopping .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik heb opgezette klieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik heb pijn in mijn lichaam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik heb infecties (bijv. in mijn borst, longen, urinewegen enz.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik heb last van nachtzweeten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ik heb diarree .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik heb last van misselijkheid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik heb pijn op de borst (gehad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Noteer hieronder eventuele andere klachten waar u zich zorgen over maakt of andere opmerkingen die u heeft.*

Heeft u alle stellingen op deze bladzijde gelezen en beantwoord?

Dank u wel!

\* Eindtijd: - \_\_\_\_\_