

CONFIDENȚIAL

Instrument de măsurare a rezultatelor raportate de pacient în cazul afecțiunilor hematologice maligne (Haematological Malignancy Patient-Reported Outcome Measure, HM-PRO)

Vă rugăm să citiți introducerea înainte de a începe să completați chestionarul.

Introducere

Acest chestionar urmărește să afle opiniile dvs. cu privire la modul în care afecțiunea dvs. medicală și/sau tratamentul vă afectează viața de zi cu zi.

PARTEA A se referă la diverse aspecte ale activității dvs. zilnice și **PARTEA B** se referă la simptomele pe care le manifestați din cauza afecțiunii dvs. și/sau a tratamentului pe care îl urmați.

PARTEA A

Dacă un aspect nu reprezintă deloc o problemă pentru dvs., vă rugăm să bifați căsuța marcată:
„DELOC”

Dacă acel aspect este afectat de boala dvs. hematologică, vă rugăm să alegeți măsura în care acesta este afectat, bifând una dintre căsuțele marcate:
„PUȚIN”, „MULT”

Dacă vreunul dintre enunțuri nu se aplică în cazul dvs., vă rugăm să bifați căsuța marcată:
„NU ESTE CAZUL”

PARTEA B

Dacă nu manifestați acest simptom, bifați căsuța marcată:
„DELOC”

Dacă simptomul vă afectează, alegeți severitatea acestuia, bifând una dintre căsuțele marcate:
„UȘOR”; „SEVER”

NU există răspunsuri „corecte” sau „greșite”. Dacă nu sunteți sigur(ă) cu privire la modul în care să răspundeți la o întrebare, oferiți cel mai bun răspuns posibil.

Informațiile pe care le furnizați vor rămâne strict confidențiale.

Completați datele dvs.:

Nr. de identificare
al pacientului:

*** Ora de începere:** _____

Data nașterii:

Data de
astăzi:

PARTEA A

BIFAȚI CĂSUȚA CARE DESCRIE CEL MAI BINE MODUL ÎN CARE VĂ AFECTEAZĂ BOALA DVS. HEMATOLOGICĂ ȘI
MODUL ÎN CARE VĂ SIMȚIȚI CU PRIVIRE LA ACESTE ASPECTE ASTĂZI

A. Următoarele enunțuri descriu comportamentul dvs. fizic

Deloc **Puțin** **Mult** **Nu este cazul**

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Am dificultăți de mers..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Am dificultăți cu îngrijirea personală (de exemplu, îmbrăcarea, îmbăierea etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Am dificultăți cu activitatea fizică/sportul..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Am dificultăți de deplasare (de exemplu, cu autobuzul, trenul, avionul și mașina)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Am dificultăți în a ieși din casă..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Am dificultăți cu munca (sau studiile)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Am dificultăți cu mersul în vacanță | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Următoarele enunțuri descriu starea dvs. de bine din punct de vedere social

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Am dificultăți de socializare..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Am dificultăți în relațiile personale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Am probleme cu viața sexuală..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Următoarele enunțuri descriu comportamentul dvs. emoțional

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Îmi fac griji că sunt o povară pentru ceilalți..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sunt îngrijorat(ă) că oamenii mă judecă..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Îmi fac griji privind aspectul meu..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sufăr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mă simt neliniștit(ă)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Îmi fac griji legate de moarte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nu mă simt încrezător (încrezătoare)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Îmi fac griji pentru sănătatea mea viitoare..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tiparul meu de somn s-a schimbat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Am dificultăți de concentrare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Îmi fac griji cu privire la tratament | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ați citit și ați răspuns la toate enunțurile de pe această pagină?

BIFAȚI CĂSUȚA CARE DESCRIE CEL MAI BINE MODUL ÎN CARE VĂ AFECTEAZĂ BOALA DVS. HEMATOLOGICĂ ȘI
MODUL ÎN CARE VĂ SIMȚIȚI CU PRIVIRE LA ACESTE ASPECTE ASTĂZI

Deloc

Puțin

Mult

Nu este cazul

D. Următoarele enunțuri descriu consumul dvs. de alimente și băuturi

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Am probleme cu pofta de mâncare..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Obiceiurile mele alimentare s-au schimbat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Obiceiurile mele legate de consumul de băuturi s-au schimbat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentați mai jos cu privire la orice alt aspect al vieții dvs. de zi cu zi care este afectat de boala dvs. sau de tratament.

Comentarii:

Ați citit și ați răspuns la toate enunțurile de pe această pagină?

[Treceți la pagina următoare.](#)

PARTEA B

BIFAȚI CĂSUȚA CARE DESCRIE CEL MAI BINE SIMPTOMELE PE CARE LE-AȚI MANIFESTAT ÎN ULTIMELE TREI ZILE

Următoarele enunțuri descriu simptomele bolii sau reacțiile adverse ale tratamentului.

	Deloc	Ușor	Sever
1. Am/am avut febră.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mă doare stomacul.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Am probleme cu nivelul meu de energie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Îmi cade părul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mă simt obosit(ă)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Am dureri de spate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Am probleme cu simțul gustului.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Am dificultăți de respirație	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Am probleme la nivelul pielii (de ex., mâncărime, vânățai, erupții etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Am dureri de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sufăr de constipație	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Am noduli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mă doare corpul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Am infecții (de ex., la nivelul pieptului, plămânilor, căilor urinare etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Am transpirații nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Am diaree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Am grețuri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Am/am avut dureri în piept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vă rugăm să specificați mai jos orice alt simptom care vă preocupă sau să faceți orice alt comentariu pe care ați dori să îl faceți.

Ați citit și ați răspuns la toate enunțurile de pe această pagină?

Vă mulțumim!

* Ora finalizării: - _____