

DÔVERNÉ

Meradlo výsledku hláseného pacientom s hematologickou malignitou (HM-PRO)

Pred začatím vyplňania dotazníka si prečítajte úvod.

Úvod

Tento dotazník zisťuje vaše pohľady na to, ako vaše ochorenie a/alebo liečba ovplyvňuje váš každodenný život.

ČASŤ A sa týka rôznych aspektov vašich každodenných činností a **ČASŤ B** sa týka príznakov, ktoré zažívate z dôvodu vášho ochorenia a/alebo liečby, ktorú dostávate.

ČASŤ A

Ak daná oblasť nie je žiadnym spôsobom pre vás problém, zaškrtnite políčko označené ako:
„VÔBEC NIE“

Ak je daná oblasť ovplyvnená vaším hematologickým ochorením, vyberte, do akej miery je ovplyvnená, zaškrtnutím jedného z políčok označených ako:
„TROCHU“; „VEĽMI“

Ak sa na vás niektorý z výrokov nevzťahuje, zaškrtnite políčko označené ako:
„NEHODÍ SA“

ČASŤ B

Ak nepociťujete daný príznak, zaškrtnite políčko označené ako:
„VÔBEC NIE“

Ak vás daný príznak ovplyvňuje, vyberte závažnosť príznaku zaškrtnutím jedného z políčok označených ako:

„MIERNY“; „ZÁVAŽNÝ“

Neexistuje žiadna správna ani nesprávna odpoveď. Ak nie ste si istý/-á, ako na určitú otázku odpovedať, odpovedajte najlepšie, ako viete.

Informácie, ktoré poskytnete, ostanú prísne dôverné.

Vyplňte svoje údaje:

ID pacienta:

* Čas začatia:

Dátum narodenia:

Dnešný dátum:

ČASŤ A

ZAŠKRTNITE POLÍČKO, KTORÉ NAJLEPŠIE OPISUJE, AKO VÁS VAŠE HEMATOLOGICKÉ OCHORENIE OVPLYVŇUJE, A TO, AKO DNES TIETO VECI VNÍMATE

	Vôbec nie	Trochu	Veľmi	Nehodí sa
A. Nasledujúce výroky opisujú vaše fyzické správanie				
1. Mám problém s chôdzou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám problém so starostlivosťou o seba (napr. obliecť sa, okúpať sa ap.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problém s fyzickou aktivitou/športovaním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mám problém s cestovaním (napr. autobusom, vlakom, letecky a autom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mám problém odísť z domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mám problém pracovať (alebo študovať).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mám problém ísť na dovolenku.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Nasledujúce výroky opisujú vašu spoločenskú pohodu				
1. Mám problém socializovať sa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám problém s osobnými vzťahmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problémy s mojim sexuálnym životom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Nasledujúce výroky opisujú vaše emocionálne správanie				
1. Bojím sa byť príťažou pre iných	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám obavy z toho, že ma ľudia posudzujú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám obavy o svoj vzhľad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cítim sa stresovaný/-á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítim úzkosť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mám obavy z umierania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Necítim sa sebaisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mám obavy o moje budúce zdravie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Môj spánkový režim sa zmenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám problém sústrediť sa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mám obavy z liečby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prečítali ste si všetky výroky na tejto strane a odpovedali ste na ne?

ZAŠKRTNITE POLÍČKO, KTORÉ NAJLEPŠIE OPISUJE, AKO VÁS VAŠE HEMATOLOGICKÉ OCHORENIE OVPLYVŇUJE, A TO, **AKO DNES TIETO VECI VNÍMATE**

Vôbec nie

Trochu

Veľmi

Nehodí sa

D. Nasledujúce výroky opisujú vaše jedenie a pitie

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mám problém s chuťou do jedla..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moje stravovacie návyky sa zmenili..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Moje pitné návyky sa zmenili..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nižšie uveďte komentár k akejkoľvek inej oblasti vášho každodenného života, ktorú ovplyvnilo vaše ochorenie alebo liečba.

Komentár:

Prečítali ste si všetky výroky na tejto strane a odpovedali ste na ne?

[Prejdite na ďalšiu stranu.](#)

ČASŤ B

ZAŠKRTNITE POLÍČKO, KTORÉ NAJLEPŠIE OPISUJE PRÍZNAKY, KTORÉ STE ZAŽÍVALI **POČAS POSLEDNÝCH TROCH DNÍ**

<i>Nasledujúce výroky opisujú príznaky choroby alebo vedľajšie účinky liečby.</i>	<i>Vôbec nie</i>	<i>Mierny</i>	<i>Závažný</i>
1. Mám / mal/a som horúčku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bolí ma žalúdok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trpím nedostatkom energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vypadávajú mi vlasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítim sa unavený/-á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bolí ma chrbát.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mám problémy s chuťou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mám ťažkosti s dýchaním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mám kožné problémy (napr. svrbenie, modriny, vyrážky ap.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám bolesti hlavy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mám zápchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mám hrčky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bolí ma telo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mám infekcie (napr. hrudníka, pľúcne, močové ap.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. V noci sa potím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mám hnačku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cítim nevoľnosť.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mám / mal/a som bolesti na hrudníku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nižšie uvedte akýkoľvek iný príznak, ktorý vás znepokojuje, alebo akýkoľvek iný komentár, ktorý chcete uviesť.

Prečítali ste si všetky výroky na tejto strane a odpovedali ste na ne?

Ďakujeme vám!

* Čas ukončenia: _____

© MS Salek, EN Olivia, TI Ionova 2017