

POUFNE

Kwestionariusz oceny wpływu hematologicznych nowotworów złośliwych  
zgłaszanej przez pacjenta  
**(HM-PRO)**

*Przed rozpoczęciem wypełniania kwestionariusza należy przeczytać wprowadzenie.*

**Wprowadzenie**

Celem tego kwestionariusza jest poznanie Pana/Pani opinii na temat wpływu występującej u Pana/Pani choroby i/lub leczenia na Pana/Pani codzienne życie.

**CZĘŚĆ A** dotyczy różnych aspektów Pana/Pani codziennej aktywności, natomiast **CZĘŚĆ B** odnosi się do objawów doświadczanych przez Pana/Panią w związku z występującą u Pana/Pani chorobą i/lub stosowanym leczeniem.

**CZĘŚĆ A**

Jeśli dany obszar nie stanowi dla Pana/Pani problemu, należy zaznaczyć pole oznaczone opisem:  
**„WCALE”**

Jeśli występująca u Pana/Pani choroba hematologiczna wpływa na dany obszar, należy wskazać stopień, w jaki na niego wpływa, zaznaczając jedno z pól oznaczonych opisem:

**„W MAŁYM STOPNIU”, „W DUŻYM STOPNIU”**

Jeśli którekolwiek ze stwierdzeń Pana/Pani nie dotyczy, należy zaznaczyć pole oznaczone opisem:  
**„NIE DOTYCZY”**

**CZĘŚĆ B**

Jeśli dany objaw u Pana/Pani nie występuje, należy zaznaczyć pole oznaczone opisem:

**„WCALE”**

Jeśli objaw wpływa na Pana/Panią, należy wybrać stopień nasilenia objawu, zaznaczając jedno z pól oznaczonych opisem:

**„ŁAGODNE”, „CIĘŻKIE”**

Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Jeśli nie ma Pan/Pani pewności, jak odpowiedzieć na pytanie, należy udzielić możliwie jak najlepszej odpowiedzi.

Podane przez Pana/Panią informacje pozostaną całkowicie poufne.

Proszę podać swoje dane:

Numer identyfikacyjny  
pacjenta:

\* Godzina  
rozpoczęcia:

Data urodzenia:

Dzisiejsza data:

## CZĘŚĆ A

NALEŻY ZAZNACZYĆ POLE, KTÓRE NAJLEPIEJ OPISUJE WPŁYW CHOROBY HEMATOLOGICZNEJ NA PANA/PANI ŻYCIE ORAZ **PANA/PANI DZISIEJSZE ODCZUCIA DOTYCZĄCE NIŻEJ WYMIENIONYCH KWESTII.**

	Wcale	W małym stopniu	W dużym stopniu	Nie dotyczy
<b>A. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana/Pani funkcjonowania fizycznego</b>				
1. Mam trudności z chodzeniem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mam trudności z dbaniem o siebie (np. ubieraniem się, kąpielą itp.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mam trudności z aktywnością fizyczną / uprawianiem sportu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mam trudności z podróżowaniem (np. autobusem, pociągiem, samolotem i samochodem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mam trudności z wychodzeniem z domu. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mam trudności z wykonywaniem pracy (lub z nauką).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mam trudności z wyjazdem na wakacje. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana/Pani funkcjonowania społecznego</b>				
1. Mam trudności z nawiązywaniem kontaktów towarzyskich. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mam trudności w relacjach osobistych. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mam problemy związane z życiem seksualnym. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana/Pani stanu emocjonalnego</b>				
1. Martwię się, że jestem ciężarem dla innych.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Obawiam się, że ludzie mnie oceniają. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Martwię się swoim wyglądem. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Odczuwam ból psychiczny. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Odczuwam lęk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Martwię się, że umrę. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Brakuje mi pewności siebie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Martwię się swoim zdrowiem w przyszłości.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zmienił się mój rytm snu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mam trudności z koncentracją. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Martwię się leczeniem. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy przeczytał(a) Pan/Pani i ustosunkował(a) się do wszystkich stwierdzeń na tej stronie?</b>	<input type="checkbox"/>			

NALEŻY ZAZNACZYĆ POLE, KTÓRE NAJLEPIEJ OPISUJE WPŁYW CHOROBY HEMATOLOGICZNEJ NA PANA/PANI ŻYCIE ORAZ **PANA/PANI DZISIEJSZE ODCZUCIA DOTYCZĄCE NIŻEJ WYMIENIONYCH KWESTII.**

	Wcale	W małym stopniu	W dużym stopniu	Nie dotyczy
<b>D. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana/Pani doświadczeń związanych z jedzeniem i piciem</b>				
1. Mam problemy z apetytem. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zmieniły się moje nawyki żywieniowe. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zmieniły się moje nawyki związane ze spożywaniem napojów. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Proszę opisać poniżej każdy inny obszar codziennego życia, na który wpływa występująca u Pana/Pani choroba lub leczenie.**

Uwagi:

Czy przeczytał(a) Pan/Pani i ustosunkował(a) się do wszystkich stwierdzeń na tej stronie?

**Proszę przejść do następnej strony.**

## CZĘŚĆ B

PROSZĘ ZAZNACZYĆ POLE, KTÓRE NAJLEPIEJ OPISUJE OBJAWY, JAKIE WYSTĄPIŁY U PANA/PANI **W CIĄGU OSTATNICH TRZECH DNI.**

<i>Poniższe stwierdzenia odnoszą się do objawów choroby lub skutków ubocznych leczenia.</i>	<i>Wcale</i>	<i>Łagodne</i>	<i>Ciężkie</i>
1. Miałem(-am) lub mam obecnie gorączkę.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mam bóle brzucha.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mam problemy z poziomem energii.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wypadają mi włosy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czuję zmęczenie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mam bóle pleców.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mam problemy z odczuwaniem smaku.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mam trudności z oddychaniem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mam problemy skórne (np. swędzenie, siniaki, wysypka itp.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mam bóle głowy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mam zaparcia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mam guzki.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Boli mnie całe ciało.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mam infekcje (np. zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, infekcję dróg moczowych itp.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mam nocne poty.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mam biegunkę.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mam mdłości.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Miałem(-am) lub mam obecnie ból w klatce piersiowej.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Proszę wypisać poniżej każdy inny objaw, który Pana/Panią niepokoi lub wszelkie inne uwagi, które chciał(a)by Pan/Pani zgłosić.*

Czy przeczytał(a) Pan/Pani i ustosunkował(a) się do wszystkich stwierdzeń na tej stronie?

Dziękujemy!

\* Godzina zakończenia: - \_\_\_\_\_