



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Jesteśmy zainteresowani niektórymi sprawami związanymi z Panem/ią i Pana/i zdrowiem. Prosimy o odpowiedź na wszystkie pytania przez zakreślenie numeru, który najbardziej odpowiada Panu/i. Nie ma odpowiedzi "prawidłowych" lub "nieprawidłowych". Wszystkie udzielone informacje pozostaną ściśle poufne.

Proszę wpisać swoje inicjały:

--	--	--	--	--

Datę urodzenia (dzień, miesiąc, rok):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dzisiejszą datę (dzień, miesiąc, rok):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
1. Czy ma Pan/i kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności np. dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1	2	3	4
2. Czy <u>długi</u> spacer męczy Pana/nią?	1	2	3	4
3. Czy <u>krótki</u> spacer poza domem sprawia Panu/i trudność?	1	2	3	4
4. Czy musi Pan/i leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1	2	3	4
5. Czy potrzebuje Pan/i pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1	2	3	4

Czy w ostatnim tygodniu:

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
6. Czy był/a Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu swej pracy lub innej codziennej czynności?	1	2	3	4
7. Czy był/a Pan/i ograniczony/a w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1	2	3	4
8. Odczuwał/a Pan/i duszności?	1	2	3	4
9. Miał/a Pan/i bóle?	1	2	3	4
10. Potrzebowal/a Pan/i odpoczynku?	1	2	3	4
11. Miewal/a Pan/i trudności ze snem?	1	2	3	4
12. Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	1	2	3	4
13. Odczuwał/a Pan/i brak apetytu?	1	2	3	4
14. Odczuwał/a Pan/i nudności?	1	2	3	4
15. Wymiotował/a Pan/i?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
16. Miewal/a Pan/i zaparcia?	1	2	3	4
17. Miewal/a Pan/i biegunkę?	1	2	3	4
18. Był/a Pan/i zmęczony/a?	1	2	3	4
19. Ból przeszkadzał Panu/i w codziennych zajęciach?	1	2	3	4
20. Miał/a Pan/i trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety, oglądaniu telewizji?	1	2	3	4
21. Czul/a się Pan/i napięty/a?	1	2	3	4
22. Martwił/a się Pan/i?	1	2	3	4
23. Czul/a się Pan/i rozdrażniony/a?	1	2	3	4
24. Czul/a się Pan/i przygnębiony/a?	1	2	3	4
25. Miał/a Pan/i trudności w zapamiętywaniu rzeczy?	1	2	3	4
26. Czy stan Pana/i zdrowia lub leczenie zakłócały Pana/i życie <u>rodzinne</u> ?	1	2	3	4
27. Czy stan Pana/i zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pana/i życiu <u>towarzyskim</u> ?	1	2	3	4
28. Czy stan Pana/i zdrowia lub leczenie powodowały kłopoty finansowe?	1	2	3	4

Przy następujących pytaniach proszę zakreślić cyfrę od 1 do 7, która najbardziej Pana/ią dotyczy

29. Jak ocenia Pan/i swój ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zły

doskonały

30. Jak ocenia Pan/i jakość swego życia w ubiegłym tygodniu?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zła

doskonała