



EORTC QLQ-C30 (version 3)

A következőkben szeretnénk feltenni néhány, az Ön egészségi állapotával kapcsolatos kérdést. Kérjük, hogy az állapotát legjobban leíró szám kiválasztásával válaszoljon minden kérdésre! Nincs „jó” vagy „rossz” válasz. A kérdésekre adott válaszokat szigorúan titkosan kezeljük.

Kérjük, írja ide nevének kezdőbetűit:

--	--	--	--	--

Születési idejét (nap, hónap, év):

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

A kitöltés dátumát (nap, hónap, év):

31

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

	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tétkben
1. Gondot okoz-e az Ön számára, ha megerőltető tevékenységet végez, például nehéz bevásárlószatyrot vagy bőröndöt cipel?	1	2	3	4
2. Jelent-e valamilyen problémát egy <u>hosszabb</u> séta?	1	2	3	4
3. Jelent-e valamilyen problémát egy a lakáson kívüli <u>rövid</u> séta?	1	2	3	4
4. Szükséges-e, hogy ágyban vagy karosszékben legyen a nap folyamán?	1	2	3	4
5. Segítségre szorul-e étkezésnél, öltözködésnél, mosakodásnál vagy WC-használtnál?	1	2	3	4

Az elmúlt héten:

	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tétkben
6. korlátozva volt-e mindennapi munkájában vagy egyéb szokásos napi tevékenységében?	1	2	3	4
7. korlátozva volt-e abban, hogy szabadidős tevékenységeinek hódoljon?	1	2	3	4
8. volt-e légszomja?	1	2	3	4
9. fáj-e valamije?	1	2	3	4
10. szüksége volt pihenésre?	1	2	3	4
11. volt alvászavara?	1	2	3	4
12. gyengének érezte magát?	1	2	3	4
13. étvágytalan volt?	1	2	3	4
14. volt-e hányingere?	1	2	3	4
15. előfordult-e, hogy hányt?	1	2	3	4
16. volt-e székrekedése?	1	2	3	4

Fordítson!

Az elmúlt héten:

	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
17. volt-e hasmenése?	1	2	3	4
18. fáradtnak érezte magát?	1	2	3	4
19. mindennapi tevékenységében gátolta-e fájdalom?	1	2	3	4
20. nehézséget jelentett-e olyasmire koncentrálnia, mint az újságolvasás vagy tévénézés?	1	2	3	4
21. feszültnek érezte-e magát?	1	2	3	4
22. aggódott-e valami miatt?	1	2	3	4
23. ingerlékenynek érezte-e magát?	1	2	3	4
24. levertnek érezte-e magát?	1	2	3	4
25. gondot okozott-e a dolgokat fejben tartani?	1	2	3	4
26. befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése <u>családi</u> életét?	1	2	3	4
27. befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése <u>közösségi</u> tevékenységét?	1	2	3	4
28. befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése az Ön anyagi helyzetét?	1	2	3	4

**A következő kérdéseknél karikázza be azt az 1 és 7 közé eső számot,
amelyik a legjobban illik Önre!**

29. az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános egészségi állapotát?

1 2 3 4 5 6 7

Nagyon rossz

Kitűnő

30. az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?

1 2 3 4 5 6 7

Nagyon rossz

Kitűnő