

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kitöltés dátuma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (TRANS-IBD # \_\_\_\_\_)

**IBD és Te kérdőív**  
**(IBD-Yourself kérdőív)**

**Vizuális analóg skála**

Kérjük, jelöld a vonalon, hogy mennyire (hány százalékban) jellemző rád a kérdés.

**1.) A betegséged tekintetében mennyire vagy önálló?**



0: nem vagyok önálló

100: nagyon önálló vagyok

**2.) Hogyan értékelnéd az elmúlt 2 hét során a betegséged által okozott terheket (nehézségeket)?**



0: nem okozott semmilyen terhet

100: súlyos terheket okozott

Kérjük, jelöld be mindegyik sorban azt az egy négyzetet, amely a leginkább igaz Rád! Nincs helyes vagy rossz válasz.

**A gyulladássos bélbetegség (IBD) ismerete**

Meggyőződésem, hogy...	Igen, biztosan	Igen, valószínűleg	Valószínűleg nem	Biztosan nem
el tudom magyarázni milyen típusú betegségem van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy a betegségem milyen tüneteket okozhat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meg tudom mondani, hogy milyen tünetekkel jár, ha a betegségem rosszabbodik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meg tudom nevezni a tüneteket, amelyek a betegségem javulását jelzik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyértelműen ismertetni tudom a betegségem hosszútávú következményeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A diagnosztikus vizsgálatok ismerete

Meggyőződésem, hogy...	Igen, biztosan	Igen, valószínűleg	Valószínűleg nem	Biztosan nem
fel tudom idézni, hogy milyen vizsgálatokon estem át, amikor diagnosztizálták a gyulladásoos bélbetegségem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ismerem azokat a diagnosztikus vizsgálatokat, amelyeken át kell majd esnem a betegségem lefolyása során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy miért méri meg a rendelőben a súlyom és a magasságom minden egyes orvosi vizitnél	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy miért van szükség vérvételre minden egyes orvosi vizitnél	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy mi az az ultrahang vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy mi az az endoszkópos (tükrözéses) vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A gyógyszeres kezelés ismerete

Milyen gyógyszereket szedsz?

	Melyik gyógyszert szeded a gyulladásoos bélbetegség tüneteinek kontrollálása céljából?	Milyen gyógyszereket szedsz, ha az állapotod/tüneteid rosszabbodnak?
Mesalazine, Pentasa, Salofalk, Salazopyrine, Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesalazine, Salofalk beöntés/kúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azatioprin (Imuran, Atioprin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metotrexát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szteroid (Medrol, Metypred)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biológiai terápia (Infliximab, Remicade/ Adalimumab, Humira)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Válaszolj a következő kérdésekre minden jelenleg szedett gyógyszeredre vonatkozóan (beleértve a kalciumot, D-vitamint és a folsavat is)

Meggyőződésem, hogy...	Igen, biztosan	Igen, valószínűleg	Valószínűleg nem	Biztosan nem
el tudom magyarázni, hogy miért kezelnek ezzel a gyógyszerrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy mikor kell bevennem ezt a gyógyszert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ismerem a gyógyszer dózisát (milligrammokban megadva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudom, hogy milyen gyakran kell bevennem ezt a gyógyszert (a tabletták/beöntések/injekciók/infúziók száma naponta/hetente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni a gyógyszer mellékhatásait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy milyen következményekkel jár, ha nem tartom be a gyógyszereszedésre vonatkozó utasításokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha kezeltek korábban kizárólagos enterális táplálással, válaszolj a következő kérdésekre:

Meggyőződésem, hogy...	Igen, biztosan	Igen, valószínűleg	Valószínűleg nem	Biztosan nem
el tudom magyarázni, hogy mi az a kizárólagos enterális táplálás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni, hogy miért kezeltek kizárólagos enterális táplálással	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudom, hogy mennyi ideig kezeltek kizárólagos enterális táplálással	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudom, hogy mennyi tápszert kellett naponta fogyasztanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gyógyszerek használata

Meggyőződésem, hogy...	Igen, mindig	Igen, gyakran	Igen, néha	Nem, soha
mások segítségével ki tudom kikészíteni a gyógyszereimet minden nap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
be tudom venni a gyógyszereimet minden nap a megfelelő időben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mások segítségével emlékszem rá, hogy mikor kell bevennem a gyógyszereimet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fel tudok írni új receptet, ha a gyógyszerem fogyóban van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meg tudom mondani, hogy a gyógyszer mikor nem hatásos a tüneteimre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meg tudom mondani, hogy a gyógyszeradag csökkentése milyen hatással van a tüneteimre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
képes vagyok bevenni a gyógyszereimet az előírt időpontban, még akkor is ha nem otthon vagyok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
magammal viszem a gyógyszereimet, ha elmegyek otthonról	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### A gyógyszereszedéssel kapcsolatos szokások az elmúlt egy hét során

A legutóbbi hét során hány napon...	Minden nap	5-6 nap	3-4 nap	1-2 nap	Egyszer sem
jutott eszedbe a gyógyszereid beszedése mások segítségével nélkül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
készítetted ki magadnak önállóan a gyógyszereidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vetted be a gyógyszereidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
észleltél gyógyszer mellékhatást?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Önálló orvoslátogatóshoz való képesség

Meggyőződés, hogy...	Igen, mindig	Igen, gyakran	Igen, néha	Nem, soha
önállóan tudok magamnak időpontot foglalni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szüleim jelenléte nélkül is képes vagyok az orvosommal beszélni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
képes vagyok az orvosommal megbeszélni a problémáimat a szüleim segítsége nélkül	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
merek kérdéseket feltenni az orvosomnak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bemerem vallani az orvosomnak, hogyha nem követtem az orvosi utasításokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elmerem mondani az orvosomnak, ha nem értek vele egyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom mondani az orvosomnak a szüleim segítsége nélkül, hogy mikor javul/rosszabbodik a betegségem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudom, hogyan lépjek kapcsolatba az orvosommal vagy a nővérekkel, ha szükségem van rá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni másoknak, hogy milyen kérdéseket beszéltünk át a konzultáció során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Aktuális viselkedés a járóbeteg rendelésen

	Igen	Nem	Nem alkalmazható (a jelenlegi az első megjelenésem)
Saját magad kértél időpontot a legutóbbi járóbeteg szakrendelésre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyedül mentél be a rendelőbe a legutóbbi szakrendelés során?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önállóan fel tudtál tenni kérdéseket az orvosnak a legutóbbi szakrendelésen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt bebeszélés a gyógyszeres kezelési tervet illetően a legutóbbi szakrendelésen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A betegséggel való megbirkózás

Meggyőződés, hogy...	Igen, mindig	Igen, gyakran	Igen, néha	Nem, soha
képes vagyok beszélni a barátaimnak a betegségről	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni a barátaimnak a betegségemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
képes vagyok beszélni a betegségről a fiú/ lány barátomnak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tudom magyarázni a tanárainak/ főnökömnek a betegségemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### A tranzíciós folyamat ismerete

Egyetértesz a következő állításokkal?

	Teljesen egyet értek vele	Egyet értek vele	Részből igen, részben nem	Nem értek vele egyet	Egyáltalán nem értek vele egyet
El tudom magyarázni, hogy a rendelés miért a felnőtt gasztroenterológián van a gyermek gasztroenterológia helyett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudom, hogy a rendelést tranzíciós rendelésnek nevezik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tranzíciós klinikát könnyen meg lehet találni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem tudom elmagyarázni, hogy miért kell a tranzíciós rendelésre mennem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudom, hogy mi fog történni, amikor átkerülök a felnőtt gasztroenterológiai gondozásba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudom, hogy ki lesz a felnőtt gasztroenterológusom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tudom magyarázni, a felnőtt és a gyermek gasztroenterológiai gondozás közötti különbségeket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úgy gondolom, fontos tudnom arról, hogy mi fog történni, miután a felnőtt gasztroenterológiai gondozásba kerülök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tranzíciós klinika fejleszti a betegségemmel kapcsolatos önhatékonyságomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az orvosom egyértelmű információkkal látott el engem a felnőtt gasztroenterológushoz átkerüléssel kapcsolatban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boldog vagyok, hogy magam mögött hagyhatom a gyermek gasztroenterológiai gondozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Képes vagyok a szexualitással kapcsolatos problémákat megbeszélni az orvosommal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A várakozási idők rövidek, amikor a tranzíciós rendelésre megyek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az orvosomat és a nővéreket könnyen el tudom érni, ha szükségem van rá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Felkészültség az áthelyezésre

Egyetértesz a következő állításokkal?

Meggyőződés, hogy...	Igen, biztosan	Igen, valószínűleg	Valószínűleg nem	Biztosan nem
Készen állok a felnőtt gasztroenterológiai gondozásba történő áthelyezésre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A szüleim készen állnak a felnőtt gasztroenterológiai gondozásba történő áthelyezésemre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>