

Beteg neve: _____ Születési dátum: ____/____/____ Kitöltés dátuma: ____/____/____ (TRANS-IBD # _____)

STARx tranzíciós felkészültség kérdőív (serdülő példány)
STARx Transition Readiness Questionnaire (Adolescent Version)

1. rész						
Kérjük, jelölje, hogy gyermeke milyen gyakran végezte a következő dolgokat az elmúlt 3 hónapban ? Kérjük, jelölje be mindegyik sorban azt az négyzetet, amelyik a legjellemzőbb!						
Az elmúlt 3 hónapban...	Soha	Szinte soha	Néha	Szinte mindig	Mindig	Jelenleg nem szed gyógyszereket
1. Milyen gyakran törekedett gyermeke arra, hogy megértse a kezelőorvos által mondottakat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Milyen gyakran vette be gyermeke önállóan a gyógyszereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Milyen gyakran tett fel gyermeke kérdéseket az kezelőorvosnak vagy a nővéreknek a betegségével, gyógyszereivel vagy az ellátással kapcsolatban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Milyen gyakran foglalt gyermeke magának időpontot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Milyen gyakran kellett emlékeztetni gyermekét a gyógyszerei beszedésére?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Milyen gyakran használ gyermeke emlékeztetőt vagy ébresztőórát, hogy időben bevegye a gyógyszereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Milyen gyakran használ gyermeke internetet, könyveket vagy egyéb útmutatókat, hogy tájékozódjon a betegségével kapcsolatban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Milyen gyakran felejtette el gyermeke bevenni a gyógyszereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Milyen gyakran beszél gyermeke az orvosával az újonnan fellépő egészségi problémák megoldásáról?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. rész

Egyes betegek sokat tudnak az egészségükről, egyesek viszont keveset. Az Ön gyermeke mennyit tud?

Jelölje meg azt a válaszlehetőséget, amelyik a **mai napon** legjobban tükrözi gyermeke betegséggel kapcsolatos tudását!

A mai napon...	Semmit	Nem sokat	Egy kicsit	Néhány dolgot	Sok mindent	Most nem szed gyógyszereket
10. Mennyi mindent tud gyermeke a betegségéről?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Mit tud elmondani gyermeke a betegsége kezeléséről?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Mit tud gyermeke arról, hogy mi fog történni, ha nem szedi rendszeren a gyógyszereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. rész

Néhány beteg nehezen tud bizonyos dolgokat végrehajtani.

Neked mennyire könnyű vagy nehéz a következő dolgokat megcsinálnod?

Jelölje meg azt a válaszlehetőséget, amelyik a **mai napon** legjobban tükrözi, hogy gyermeke mennyire találja nehéznek az alábbiakat!

A mai napon...	Nagyon nehéz	Viszonylag nehéz	Nem nehéz, de nem is könnyű	Viszonylag könnyű	Nagyon könnyű	Most nem szed gyógyszereket
13. Mennyire könnyű vagy nehéz gyermekének az orvosával beszélni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Mennyire könnyű vagy nehéz gyermekének az orvosával tervet készíteni az egészséggondozással kapcsolatban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Mennyire könnyű vagy nehéz gyermekének egyedül elmennie az orvoshoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Mennyire könnyű vagy nehéz gyermekének úgy szedni a gyógyszereit, ahogy azokat az orvos előírja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mennyire könnyű vagy nehéz gyermekének magáról gondoskodnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Mennyire lesz könnyű vagy nehéz gyermekének a gyermekorvostól a felnőtt gasztroenterológushoz átkerülnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	