



Patiënt ID: BE - ____ - ____

Datum:

EORTC QLQ-C30 (versie 3)

Wij zijn geïnteresseerd in bepaalde dingen over u en uw gezondheid. Wilt u alle vragen zelf beantwoorden door het getal te omcirkelen dat het meest op u van toepassing is? Er zijn geen "juiste" of "onjuiste" antwoorden. De informatie die u geeft zal strikt vertrouwelijk worden behandeld.

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
1. Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer?	1	2	3	4
2. Heeft u moeite met het maken van een <u>lange</u> wandeling?	1	2	3	4
3. Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> wandeling buitenshuis?	1	2	3	4
4. Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?	1	2	3	4
5. Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?	1	2	3	4

Gedurende de afgelopen week:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
6. Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden?	1	2	3	4
7. Was u beperkt bij het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet?	1	2	3	4
8. Was u kortademig?	1	2	3	4
9. Heeft u pijn gehad?	1	2	3	4
10. Had u behoefte om te rusten?	1	2	3	4
11. Heeft u moeite met slapen gehad?	1	2	3	4
12. Heeft u zich slap gevoeld?	1	2	3	4
13. Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	1	2	3	4
14. Heeft u zich misselijk gevoeld?	1	2	3	4
15. Heeft u overgegeven?	1	2	3	4
16. Had u last van obstipatie? (was u verstopt?)	1	2	3	4

Wilt u a.u.b. naar de volgende bladzijde gaan.



Patiënt ID: BE - ____ - ____

Datum:

EORTC QLQ - BR23

Soms zeggen patiënten dat ze de volgende klachten of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze klachten of problemen gedurende de afgelopen week heeft ervaren?

Gedurende de afgelopen week:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
31. Had u een droge mond?	1	2	3	4
32. Was de smaak van voedsel en drank anders dan u gewend was?	1	2	3	4
33. Had u pijnlijke, geïrriteerde of tranende ogen?	1	2	3	4
34. Heeft u haaruitval gehad?	1	2	3	4
35. Deze vraag alleen invullen indien u haaruitval heeft gehad: Was u door het verlies van uw haar van streek?	1	2	3	4
36. Voelde u zich ziek of onwel?	1	2	3	4
37. Heeft u opvliegers gehad?	1	2	3	4
38. Heeft u hoofdpijn gehad?	1	2	3	4
39. Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	1	2	3	4
40. Voelde u zich minder vrouwelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	1	2	3	4
41. Vond u het moeilijk om u zelf naakt te zien?	1	2	3	4
42. Was u ontevreden met uw lichaam?	1	2	3	4
43. Maakte u zich zorgen over uw gezondheid in de toekomst?	1	2	3	4

Gedurende de afgelopen <u>vier</u> weken:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
44. In hoeverre had u zin in seks?	1	2	3	4
45. In hoeverre was u seksueel actief? (met of zonder geslachtsgemeenschap)	1	2	3	4
46. Deze vraag alleen invullen indien u seksueel actief was: In hoeverre was seks plezierig voor u?	1	2	3	4

Wilt u a.u.b. naar de volgende bladzijde gaan.

Gedurende de afgelopen week:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
47. Had u pijn in uw arm of schouder?	1	2	3	4
48. Heeft u een gezwollen arm of hand gehad?	1	2	3	4
49. Was het moeilijk om uw arm naar omhoog of opzij te bewegen?	1	2	3	4
50. Heeft u pijn gehad in het gebied van uw aangedane borst?	1	2	3	4
51. Was het gebied van uw aangedane borst gezwollen?	1	2	3	4
52. Was het gebied van uw aangedane borst overgevoelig?	1	2	3	4
53. Heeft u huidproblemen gehad in het gebied van uw aangedane borst (bijv. jeukerig, droog of schilferachtig)?	1	2	3	4

**VRAGENLIJST FUNCTIONEREN, HANDICAP EN GEZONDHEID NA
BORSTKANKERBEHANDELING (LYMF-ICF-BL)**

Patiënt ID: BE - ____ - ____

Datum:

Last ter hoogte van uw arm en/of hand kan naast fysieke en mentale gevolgen, eveneens een aantal beperkingen in het uitvoeren van activiteiten met zich meebrengen. Hierdoor kunnen problemen ontstaan om deel te nemen aan het maatschappelijk leven.

Deze vragenlijst bevat **29 vragen** die opgesteld werd op basis van informatie van personen met dezelfde aandoening als u.

Naast elke vraag ziet u een 11-punten schaal, met aan de uiteinden van de schaal de woorden 'helemaal niet', 'heel veel' of 'heel goed'. Bij elke vraag dient u het **cijfer** te **omcirkelen dat het best overeenstemt met uw situatie**. Als u geen problemen ondervindt met de omschreven klacht omcirkelt u het cijfer '0'. Indien u heel veel problemen ondervindt met de omschreven klacht, omcirkelt u het cijfer '10'. Indien de activiteit niet voor u van toepassing is, maakt u het bolletje 'niet van toepassing' zwart.

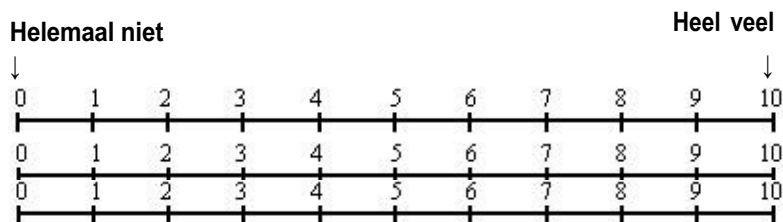
Kies het antwoord dat het best overeenstemt met uw eigen situatie gedurende **de laatste 2 weken**. Probeer niet te lang na te denken over elke vraag en probeer op **elke vraag een antwoord** te geven.

Dit is een persoonlijke vragenlijst, die door u moet worden ingevuld. Tracht tijdens het invullen van de vragenlijst de vragen niet te bespreken met een derde. Probeer tevens geen vragen te stellen over de inhoud van de vragen. Indien u niet zeker bent, antwoord dan op devraag zoals u denkt wat ermee bedoeld wordt.

Fysieke functies

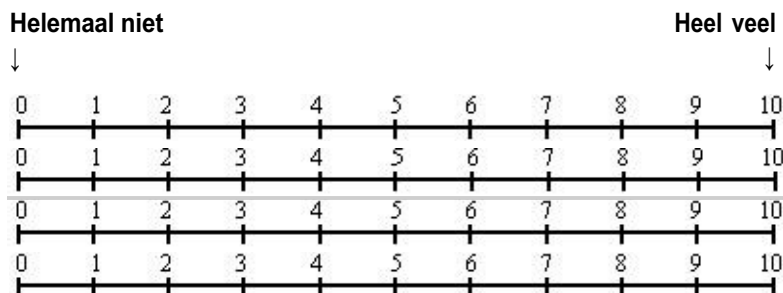
Voelt uw arm:

1. Zwaar (vermoeid) aan?
2. Stijf aan?
3. Gezwollen aan?



Hebt u ter hoogte van uw arm:

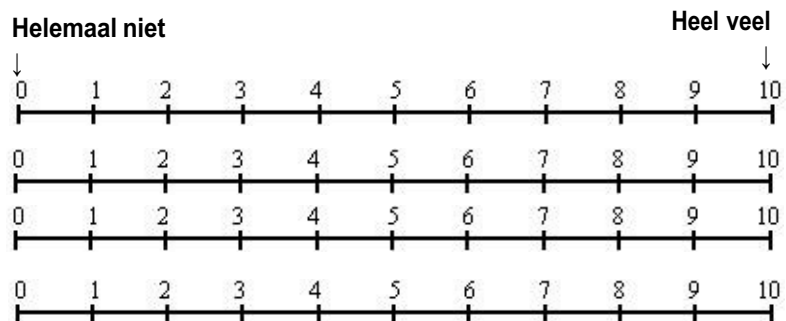
4. Krachtsverlies?
5. Tintelingen
6. Pijn?
7. Een gespannen huid?



Mentale functies

Omwillen van de problemen aan uw arm:

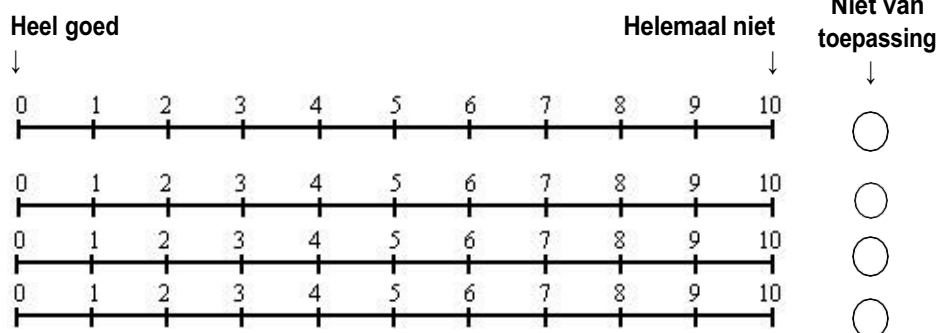
8. Voelt u zich verdrietig?
9. Voelt u zich ontmoedigd?
10. Hebt u een gebrek aan zelfvertrouwen?
11. Voelt u zich gespannen?



Huishouden

Kan u:

12. Kuisen (schrobben, stofzuigen, dweilen)?
13. Koken?
14. Strijken?
15. In de tuin werken?



Mobiliteit

Kan u:

- | | Heel goed | | Helemaal niet | | Niet van toepassing | | | | | | | |
|--|-----------|---|---------------|---|---------------------|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| | ↓ | | | ↓ | | | | | | | | |
| 16. Handelingen boven uw hoofd uitvoeren (bijv. was ophangen)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 17. Zware voorwerpen optillen of dragen (bijv. emmer water of boodschappen)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 18. Op de aangedane zijde slapen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 19. Aan de computer werken (>30min) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 20. Zonnebaden? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 21. Met de auto rijden? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 22. Wandelen (>2km)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 23. Fietsen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

Belangrijke levensgebieden en sociaal leven

- | | Heel goed | | Helemaal niet | | Niet van toepassing | | | | | | | |
|---|-----------|---|---------------|---|---------------------|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| | ↓ | | | ↓ | | | | | | | | |
| 24. Op vakantie gaan? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 25. Hobby's uitvoeren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 26. Sporten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 27. Kledij dragen die u graag draagt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 28. Uw job (betaald werk) uitoefenen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 29. Sociale activiteiten met vrienden uitvoeren (bijv. naar feestjes en concerten gaan, uit eten gaan)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

UW DAGELIJKS LEVEN
(Antonovsky, A. 1987)

Hieronder vindt u een aantal uitspraken, die betrekking hebben op verschillende aspecten van uw leven. Gelieve bij elke uitspraak aan te geven in welke mate die op u van toepassing is door bij elke zin een cijfer tussen 1 en 7 te omcirkelen.

1. Heb je het gevoel dat je niet echt geeft om wat er rondom je gebeurt?

1 2 3 4 5 6 7

Zelden of nooit

Heel vaak

2. Is het je wel eens overkomen dat je verrast was door het gedrag van mensen van wie je dacht dat je ze goed kende?

1 2 3 4 5 6 7

Nooit

Zeer vaak

3. Is het je wel eens overkomen dat mensen op wie je rekende, je teleurstelden?

1 2 3 4 5 6 7

Nooit

Zeer vaak

4. Heb je tot nu toe in je leven duidelijke doelstellingen gehad?

1 2 3 4 5 6 7

Nooit

Steeds

5. Heb je het gevoel dat je onrechtvaardig behandeld wordt?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

6. Heb je weleens het gevoel dat je je in een vreemde situatie bevindt en niet weet wat je moet doen?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

7. Dagdagelijkse bezigheden zijn voor mij

1 2 3 4 5 6 7

een bron van
diepe vreugde
en voldoening.

een bron van
ergernis en
verveling.

8. Brengen gevoelens en gedachten je wel eens in verwarring?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

9. Heb je wel eens gevoelens die je liever niet zou hebben?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

10. Vele mensen -zelfs sterke persoonlijkheden - voelen zich soms mislukkingen. Heb jij wel eens dat gevoel gehad in het verleden?

1 2 3 4 5 6 7

Nooit

Heel vaak

11. Als ik terugkijk op gebeurtenissen in het verleden, dan heb ik over het algemeen het gevoel

1 2 3 4 5 6 7

dat ik het belang
ervan over-of
onderschatte.

dat ik de dingen
zag zoals ze
waren.

12. Heb je wel eens het gevoel dat je dagelijkse bezigheden weinig zinvol zijn?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

13. Gebeurt het wel eens dat je je gevoelens niet in de hand hebt?

1 2 3 4 5 6 7

Heel vaak

Zelden of nooit

Deze vragenlijst gaat over je fysieke inspanningen en rookgewoonten.

1. Hoe vaak heb je, in de voorbije maand, tenminste 1 fysieke inspanning (inclusief wandelen en fietsen) van minstens 30 minuten gedaan?

- Niet
- Minder dan 1 dag/week
- 1 dag/week
- 2 dagen/week
- 3 dagen/week
- 4 dagen/week
- 5 dagen/week
- 6 dagen/week
- 7 dagen/week

2. Hoe is je fysieke inspanning geëvolueerd in vergelijking met voor je diagnose van borstkanker?

- Toegenomen
- Afgenoman
- Onveranderd

3. Rook je?

- Ja
- Neen, nooit gerookt
- Neen, niet meer

Bedankt voor je deelname!