



Patient ID: PL - ____ - ____

EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Date:

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

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
1. Czy ma Pan/i kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności, np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1	2	3	4
2. Czy <u>długi</u> spacer męczy Pana/ią?	1	2	3	4
3. Czy <u>krótki</u> spacer poza domem sprawia Panu/i trudności?	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 się, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1	2	3	4

Czy w ostatnim tygodniu:

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
6. Był/a Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu pracy lub innych codziennych czynności?	1	2	3	4
7. 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. Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	1	2	3	4
11. Miał/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
16. Miewał/a Pan/i zaparcia?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
17. Miewał/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 lub oglądaniu telewizji?	1	2	3	4
21. Czuł/a się Pan/i spięty/a?	1	2	3	4
22. Martwił/a się Pan/i?	1	2	3	4
23. Czuł/a się Pan/i rozdrażniony/a?	1	2	3	4
24. Czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	1	2	3	4
25. Miał/a Pan/i trudności w zapamiętywaniu?	1	2	3	4
26. Stan Pana/i zdrowia lub leczenie zakłócały Pana/i życie <u>rodzinne</u> ?	1	2	3	4
27. Stan Pana/i zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pana/i życiu <u>towarzyskim</u> ?	1	2	3	4
28. 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/i dotyczy

29. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia w ubiegłym tygodniu?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zły

doskonały

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

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zła

doskonała



EORTC QLQ - BR23

AXSANA-Study

POLISH

Patient ID: PL - ____ - ____

Date:

Pacjentki czasami podają, że mają następujące objawy lub problemy. Proszę wskazać, w jakim zakresie odczuwała Pani te objawy lub problemy podczas ubiegłego tygodnia.

Czy w ostatnim tygodniu:	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
31. Odczuwała Pani suchość w ustach?	1	2	3	4
32. Smak potraw i napojów był inny niż zwykle?	1	2	3	4
33. Występowało bolesne, podrażnienie lub łzawienie oczu?	1	2	3	4
34. Wypadały Pani włosy?	1	2	3	4
35. Proszę wypełnić, tylko jeżeli wypadały włosy: Wypadanie włosów martwiło Panią?	1	2	3	4
36. Czowała się Pani chora lub niedobrze?	1	2	3	4
37. Miewała Pani uderzenia gorąca?	1	2	3	4
38. Miewała Pani bóle głowy?	1	2	3	4
39. Czowała się Pani fizycznie mniej atrakcyjna z powodu choroby lub leczenia?	1	2	3	4
40. Czowała się Pani mniej kobieca w wyniku choroby lub leczenia?	1	2	3	4
41. Trudne jest dla Pani oglądanie siebie nagiej?	1	2	3	4
42. Była Pani niezadowolona z własnego ciała?	1	2	3	4
43. Martwi się Pani o swoje przyszłe zdrowie?	1	2	3	4

W okresie ostatnich <u>czterech</u> tygodni:	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
44. W jakim stopniu była Pani zainteresowana seksem?	1	2	3	4
45. W jakim stopniu była Pani aktywna seksualnie (ze stosunkiem płciowym lub bez)?	1	2	3	4
46. Proszę wypełnić, jeżeli jest Pani aktywna seksualnie: Do jakiego stopnia seks zadowalał Panią?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
47. Miewała Pani bóle w ramieniu lub barku?	1	2	3	4
48. Miała Pani obrzęk ramienia lub ręki?	1	2	3	4
49. Miała Pani trudności podnosząc ramię do góry lub do boku?	1	2	3	4
50. Miała Pani bóle w okolicy chorej piersi?	1	2	3	4
51. Chora pierś była obrzęknięta?	1	2	3	4
52. Chora pierś była tkliwa?	1	2	3	4
53. Martwiła się Pani stanem skóry na lub w okolicy piersi (np. swędzeniem, suchością, złuszczeniem naskórka)?	1	2	3	4

FUNKCJONOWANIE PO LECZENIU RAKA PIERSI – ANKIETA Lymph-ICF-UL

Nr ID pacjenta: PL - ____ - ____

Data wypełnienia: _____

Dolegliwości w zakresie ramienia po leczeniu raka piersi mogą wpływać zarówno na nasze funkcjonowanie fizyczne, jak i psychiczne.

Niniejsza ankieta zawiera 29 pytań i została przygotowana w oparciu o informacje uzyskane od kobiet, które zostały poddane podobnemu leczeniu.

Obok każdego pytania znajduje się skala od 0 do 10. Na końcu każdej skali znajdują się wyrazy „Bez problemu” oraz „wcale”. Proszę zaznaczyć tę cyfrę skali, która w najlepszy sposób oddaje Pani odczucia. Zaznaczona odpowiedź wskazuje w jakim stopniu doświadcza Pani dolegliwości związanych z ramieniem lub w jakim stopniu może Pani wykonywać czynności dnia codziennego. Proszę zaznaczyć kółko po prawej stronie, jeśli dana aktywność nie ma zastosowania w Pani przypadku.

Prosimy o podanie, jak wyglądała sytuacja **w ciągu ostatnich dwóch tygodni** i prosimy nie pozostawiać żadnego pytania bez odpowiedzi.

Prosimy o podanie własnych odczuć oraz o niekonsultowanie się z osobami w Pani otoczeniu.

Ból, czucie, funkcje układu odpornościowego i funkcje ruchowe
w obrębie ramienia:

	Wcale	Bardzo
1. Ramię wydaje się ciężkie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Ramię wydaje się sztywne	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Ramię wydaje się opuchnięte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. Uczucie osłabienia siły	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Uczucie kłucia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Ramię boli	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Skóra wydaje się napięta	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Problemy psychiczne

z powodu dolegliwości związanych z ramieniem:

	Wcale	Bardzo
8. Czuję smutek	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Czuję przygnębienie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. Moja samoocena jest obniżona	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. Czuję stres	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Zajęcia domowe

W jakim stopniu może Pani:

	Bez problemu	Wcale	Nie ma zastosowania
12. Sprzątać	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
13. Gotować	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
14. Prasować	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
15. Pracować w ogrodzie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Kondycja fizyczna

W jakim stopniu może Pani:

	Bez problemu	Wcale	Nie ma zastosowania
16. Pracować z podniesionymi rękami	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
17. Dźwigać ciężkie przedmioty	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
18. Spać na operowanej stronie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
19. Pracować na komputerze	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
20. Opalać się	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
21. Prowadzić samochód	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
22. Przejść ponad 2 km	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
23. Jeździć na rowerze	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Aktywności społeczno-towarzyskie

W jakim stopniu może Pani:

	Bez problemu	Wcale	Nie ma zastosowania
24. Wyjechać na urlop	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
25. Uprawiać zajęcia rekreacyjne	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
26. Uprawiać sport	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
27. Nosić dowolne ubrania	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
28. Pracować zawodowo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
29. Spotykać się z innymi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Dziękujemy za Pani udział!

Date: _____

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ (SOC - 13)

(A. Antonovsky, 1987)

Poniższy zestaw pytań odnosi się do różnych aspektów naszego życia. Każde pytanie ma siedem możliwych odpowiedzi. Wybierz numer, który najbardziej Ci odpowiada, czyli cyfry od 1 do 7. Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

1. Czy masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cię to, co dzieje się wokół Ciebie?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo rzadko lub nigdy						bardzo często

2. Czy zdarzyło się w przeszłości, że byłeś zaskoczona zachowaniem ludzi, których - jak sądziłaś - dobrze znasz?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy tak się nie zdarzyło						zawsze tak było

3. Czy zdarzyło się, że zawiedli Cię ludzie, na których liczyłaś?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy się tak nie zdarzyło						zawsze tak było

4. Do tej pory w Twoim życiu:

1	2	3	4	5	6	7
nie było żadnych wyraźnych celów czy dążeń						były bardzo wyraźne cele i dążenia

5. Czy masz poczucie, że jesteś traktowana niesprawiedliwie?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

6. Czy miewasz wrażenie, że jesteś w nieznannej Ci sytuacji i nie wiesz, co robić?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

7. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Ciebie źródłem:

1	2	3	4	5	6	7
dużej przyjemności i zadowolenia						przykrości i nudy

8. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

9. Czy zdarza się, że masz w sobie uczucia, których wolałabyś nie mieć?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

10. Ludzie - nawet o silnym charakterze - czasami czują się przegrani w pewnych sytuacjach. Jak często czułaś się tak w przeszłości?

1	2	3	4	5	6	7
nigdy						bardzo często

11. Kiedy coś się zdarzyło, czy zwykle stwierdzałaś, że:

1	2	3	4	5	6	7
przeceniłaś znaczenie tego wydarzenia lub go nie doceniłaś						widziałaś sprawy we właściwych proporcjach

12. Jak często masz wrażenie, że to, co robisz na co dzień, jest niezbyt sensowne?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

13. Jak często doznajesz uczuć, nad którymi nie wiesz, czy potrafisz zapanować?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często						bardzo rzadko lub nigdy

Ten kwestionariusz dotyczy Pani aktywności fizycznej oraz palenia.

1. Przez ile dni w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca uprawiała Pani przez przynajmniej 30 minut aktywność fizyczną (wliczając spacerowanie oraz jazdę na rowerze)?

- Ani razu
- Rzadziej niż 1 dzień w tygodniu
- 1 dzień w tygodniu
- 2 dni w tygodniu
- 3 dni w tygodniu
- 4 dni w tygodniu
- 5 dni w tygodniu
- 6 dni w tygodniu
- 7 dni w tygodniu

2. Jak wygląda Pani aktywność fizyczna dziś w porównaniu z okresem przed diagnozą raka piersi?

- Zwiększyła się
- Zmniejszyła się
- Nie zmieniła się

3. Czy pali Pani?

- Tak
- Nie, nigdy nie paliłam
- Nie, ale paliłam w przeszłości

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!