MELODY **Patient-ID: C H - _ _ _ - _ _ _**

Fragebogen für die Patientin / den Patienten (PRO)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der MELODY-Studie bitten wir Sie, eine Reihe von Fragen zu Ihrem Befinden und möglichen Beschwerden in Bezug auf Ihre Brustoperation zu beantworten.

Bitte versuchen Sie nicht, "richtige" oder "falsche" Antworten zu finden, sondern geben Sie die Antwort an, die am besten zu Ihnen passt. Bitte beantworten Sie die Fragen, ohne sie mit anderen zu besprechen und versuchen Sie keine Fragen unbeantwortet zu lassen, da sie alle gleich wichtig sind. Ihre Antworten werden stets vertraulich gehandelt.

Bitte geben Sie diesen Fragebogen Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder einem Studienkoordinator nach der Operation zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Datum der Operation: _ _ / _ _ / _ _ _ _
TAG MONAT JAHR

Wurde ein Draht, Marker oder Farbstoff in Ihre Brust gelegt, um den Tumor für die Operation zu lokalisieren?

JA → denken Sie an die Zeit <u>nach dieser Prozedur,</u> wenn Sie die Fragen 1-10 beantworten

NEIN → denken Sie an die Stunden <u>vor der Operation</u>, wenn Sie die Fragen 1-10 beantworten

1. Wie stark waren Ihre Schmerzen bei Belastung, zum Beispiel bei Mobilisierung, Bewegen, Waschen, Husten, Durchatmen?

Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die am ehesten zutrifft („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2. Wie stark war der <u>stärkste</u> Schmerz, den Sie hatten?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3. Wie stark war der <u>geringste</u> Schmerz, den Sie hatten?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Die Fragen 4-7 beziehen sich darauf, ob bestimmte Tätigkeiten durch den Schmerz beeinträchtigt waren. Mit „beeinträchtigt“ ist gemeint: die Tätigkeit ist <u>unmöglich</u> oder nur <u>unter großer Mühe möglich.</u>

4. Bewegung:	☐ ja	☐ nein
5. Husten:	☐ ja	☐ nein
6. Tiefes Luftholen:	☐ ja	☐ nein
7. Schlafen:	☐ ja	☐ nein
8. War Ihre Stimmung durch den Schmerz beeinträchtigt?	☐ ja	☐ nein
9. Haben Sie unter Übelkeit gelitten?	☐ ja	☐ nein
10. Haben Sie unter Schwindel gelitten?	☐ ja	☐ nein

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Sorgen bezüglich der Anästhesie (Narkose) und der Operation. Alle Fragen beziehen sich auf die Zeit <u>vor der Operation</u>.

	Gar nicht				Extrem
	1	2	3	4	5
11. Ich machte mir Sorgen über die Anästhesie (Narkose).	☐	☐	☐	☐	☐
12. Die Anästhesie (Narkose) ging mir ständig durch den Kopf.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich wollte so viel wie möglich über die Anästhesie (Narkose) wissen.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich machte mir Sorgen über die Operation.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Die Operation ging mir ständig durch den Kopf.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich wollte so viel wie möglich über die Operation wissen.	☐	☐	☐	☐	☐

Information für das Studienteam:

Bitte übertragen Sie alle Antworten in das <u>eCRF</u> online.