MELODY **Patient-ID: I T - _ _ _ - _ _ _**

Questionario per la/il paziente (PRO)

Gentile paziente,

Nell'ambito dello studio MELODY, le chiediamo di rispondere a diverse domande sulla qualità della sua vita e su eventuali problemi legati all'intervento al seno.

La preghiamo di non pensare in termini di "giusto" o "sbagliato", ma di indicare la risposta più adatta a lei. Risponda alle domande senza parlarne con altri e cerchi di non lasciare nessuna domanda senza risposta perché sono tutte ugualmente importanti. Le informazioni che ci fornirà rimarranno strettamente confidenziali.

La preghiamo di restituire questo questionario al suo medico o all'infermiera dello studio dopo l'intervento.

Grazie per la sua partecipazione!

Data dell'intervento: _ _ / _ _ / _ _ _ _

GIORNO MESE ANNO

Durante l'intervento è stato inserito un filo, un marcatore o un colorante nel seno per localizzare il tumore?

SÌ → pensi al periodo successivo a questa procedura quando risponde alle domande da 1 a 10

NO → pensi alle ore precedenti l'intervento quando rispondi alle domande da 1 a 10

1. Quanto è stato forte il dolore che ha provato durante le attività, come muoversi, camminare, lavarsi, tossire, respirare?

La preghiamo di rispondere cerchiando il numero più adatto: "0" significa nessun dolore e "10" il dolore più forte che lei possa immaginare.

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

2. Quanto è stato forte il dolore più intenso che ha provato?

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

3. Quanto è stato forte il dolore più lieve che hai provato?

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

Ora Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande relative alle attività che sono state compromesse a causa del dolore, nel senso che l'attività <u>non è stata possibile</u> o <u>lo è stata solo con grande difficoltà</u>.

4. Muoversi:	☐ sì	☐ no
5. Tossire:	☐ sì	☐ no
6. Respirare profondamente:	☐ sì	☐ no
7. Dormire:	☐ sì	☐ no
8. Il Suo umore è stato influenzato dal dolore?	☐ sì	☐ no
9. Ha avuto nausea?	☐ sì	☐ no
10. Ha avuto vertigini?	☐ sì	☐ no

Le seguenti domande riguardano i suoi dubbi sull'anestesia e sull'intervento. Tutte le domande si riferiscono al periodo <u>precedente</u> l'intervento.

	Per niente				Estremamente
	1	2	3	4	5
11. Ero preoccupata/o per l'anestesia.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Pensavo continuamente all'anestesia.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Volevo sapere il più possibile sull'anestesia.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ero preoccupata/o per l'intervento.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Pensavo continuamente all'intervento.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Volevo sapere il più possibile sull'intervento.	☐	☐	☐	☐	☐

Informazioni per il team di studio:

Si prega di inserire le risposte di cui sopra nell'eCRF online.