

Namn: _____

Dagens datum: _____

Personnummer: _____

Patientnummer: _____



Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här)
vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Namn: _____

Dagens datum: _____

Personnummer: _____

Patientnummer: _____

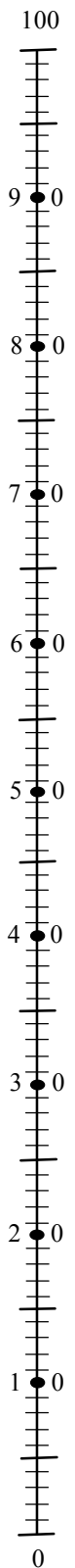
Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometerliknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt
nuvarande
hälsotillstånd**



Bästa
tänkbara
tillstånd



Sämsta
tänkbara
tillstånd

Namn: _____

Dagens datum: _____

Personnummer: _____

Patientnummer: _____



SWEDISH

Form EORTC QLQ-C30 (version 3)

Vi är intresserade av några saker som har med Dig och Din hälsa att göra. Besvara alla frågor genom att sätta en ring runt den siffra som stämmer bäst in på Dig. Det finns inga svar som är "rätt" eller "fel". Den information Du lämnar kommer att hållas strikt konfidentiell.

	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
1. Har Du svårt att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska?	1	2	3	4
2. Har Du svårt att ta en lång promenad?	1	2	3	4
3. Har Du svårt att ta en kort promenad utomhus?	1	2	3	4
4. Måste Du sitta eller ligga på dagarna?	1	2	3	4
5. Behöver Du hjälp med att äta, klä Dig, tvätta Dig eller gå på toaletten?	1	2	3	4
Under veckan som gått:	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
6. Har Du varit begränsad i Dina möjligheter att utföra antingen Ditt förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter?	1	2	3	4
7. Har Du varit begränsad i Dina möjligheter att utöva Dina hobbies eller andra fritidssysselsättningar?	1	2	3	4
8. Har Du blivit andfädd?	1	2	3	4
9. Har Du haft ont?	1	2	3	4
10. Har Du behövt vila?	1	2	3	4
11. Har Du haft svårt att sova?	1	2	3	4
12. Har Du känt Dig svag?	1	2	3	4
13. Har Du haft dålig aptit?	1	2	3	4
14. Har Du känt Dig illamående?	1	2	3	4
15. Har Du kräkt?	1	2	3	4
16. Har Du varit förstoppad?	1	2	3	4

Fortsätt på nästa sida

Namn: _____

Dagens datum: _____

Personnummer: _____
SWEDISH

Patientnummer: _____

Under veckan som gått:	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
17. Har Du haft diarré?	1	2	3	4
18. Har Du varit trött?	1	2	3	4
19. Har Dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?	1	2	3	4
20. Har Du haft svårt att koncentrera Dig, t.ex. läsa tidningen eller se på TV?	1	2	3	4
21. Har Du känt Dig spänd?	1	2	3	4
22. Har Du oroat Dig?	1	2	3	4
23. Har Du känt Dig irriterad?	1	2	3	4
24. Har Du känt Dig nedstämd?	1	2	3	4
25. Har Du haft svårt att komma ihåg saker?	1	2	3	4
26. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört Ditt <u>familjeliv</u> ?	1	2	3	4
27. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört Dina <u>sociala</u> aktiviteter?	1	2	3	4
28. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen gjort att Du fått ekonomiska svårigheter?	1	2	3	4

Sätt en ring runt den siffran mellan 1 och 7 som stämmer bäst in på Dig för följande frågor:

29. Hur skulle Du vilja beskriva Din hälsa totalt sett under den vecka som gått?

1 2 3 4 5 6 7

Mycket dålig

Utmärkt

30. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala livskvalitet under den vecka som gått?

1 2 3 4 5 6 7

Mycket dålig

Utmärkt

Person ID number: _____

Date: _____

Name: _____

Patient number: _____



EORTC QLQ – CR29

Patienter berättar ibland att de har följande symptom eller problem. Ange i vilken utsträckning Du har haft dessa symptom under den senaste veckan. Svara genom att ringa in den siffra som bäst passar in på Dig.

Under veckan som gått:	Inte Alls	Lite	En hel del	Mycket
31. Urinerade Du ofta under dagen?	1	2	3	4
32. Urinerade Du ofta under natten?	1	2	3	4
33. Har Du haft urinläckage?	1	2	3	4
34. Har Du känt smärta eller sveda i samband med urinering?	1	2	3	4
35. Har Du haft buksmärter?	1	2	3	4
36. Hade Du ont i skinkorna/runt analöppningen/ändtarmen?	1	2	3	4
37. Har Du känt Dig uppsväld i magen?	1	2	3	4
38. Har Du haft blod i avföringen?	1	2	3	4
39. Har Du haft slem i avföringen?	1	2	3	4

Under veckan som gått:	Inte Alls	Lite	En hel del	Mycket
40. Har Du varit torr i munnen?	1	2	3	4
41. Har Du tappat hår till följd av behandlingen?	1	2	3	4
42. Har Du haft några problem med smaksinnet?	1	2	3	4
43. Har Du varit orolig för Din framtida hälsa?	1	2	3	4
44. Har Du oroat Dig över Din vikt?	1	2	3	4
45. Har Du känt Dig mindre fysiskt attraktiv på grund av sjukdomen eller behandlingen?	1	2	3	4
46. Har Du känt Dig mindre kvinnlig/manlig på grund av Din sjukdom eller behandling?	1	2	3	4
47. Har Du känt Dig missbelåten med Din kropp?	1	2	3	4
48. Har Du haft stomipåse (kolostomi/ileostomi)? (Vänligen ringa in rätt svar)	Ja		Nej	

Fortsätt på nästa sida

Person ID number: _____

Date: _____

Name: _____

Patient number: _____

Under veckan som gått:

**Inte Lite En hel Mycket
Alls del**

Besvara dessa frågor endast om Du har stomipåse. Om så inte är fallet, vänligen fortsätt nedan.

49. Har Du haft ofrivillig gasavgång/gasbildningar från stomipåsen?	1	2	3	4
50. Har avföringen läckt från stomipåsen?	1	2	3	4
51. Har huden varit öm runt stomin?	1	2	3	4
52. Förekom frekventa påsbyten under dagen?	1	2	3	4
53. Förekom frekventa påsbyten under natten?	1	2	3	4
54. Kände Du Dig besvärad av Din stomi?	1	2	3	4
55. Har Du haft problem att sköta Din stomi?	1	2	3	4

Besvara dessa frågor ENDAST OM DU INTE HAR STOMIPÅSE):

49. Har Du haft ofrivillig gasavgång/gasbildningar från ändtarmen?	1	2	3	4
50. Har avföring läckt från ändtarmen?	1	2	3	4
51. Har huden varit öm runt analöppningen?	1	2	3	4
52. Måste du ofta tömma tarmen under dagen?	1	2	3	4
53. Måste du ofta tömma tarmen under natten?	1	2	3	4
54. Kände du dig besvärad av tarmtömningen?	1	2	3	4

Under de senaste fyra veckorna:

**Inte Lite En hel Mycket
Alls del**

Gäller endast män

56. I vilken utsträckning har Du varit intresserad av sex?	1	2	3	4
57. Har Du haft svårt att få eller bibehålla en erektion?	1	2	3	4

Gäller endast kvinnor

58. I vilken utsträckning har Du varit intresserad av sex?	1	2	3	4
59. Kände Du smärta eller obehag vid samlag?	1	2	3	4