

KWALITEIT VAN LEVEN VRAGENLIJST BEHORENDE BIJ DE PORTEC-4a STUDIE



EORTC QLQ-C30 (versie 3)

Studie nummer |_|_|_|

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.

De datum van vandaag (Dag, Maand, Jaar): |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

	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 lange wandeling?	1	2	3	4
3. Heeft u moeite met het maken van een korte wandeling buitenshuis?	1	2	3	4
4.. Moet u overdag in bed of in een stoel blijven?	1	2	3	4
5. Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, u zelf 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 in het uitoefenen van uw hobbies 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 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

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

Gedurende de afgelopen week:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
15. Heeft u overgegeven?	1	2	3	4
16. Had u last van obstipatie? (Was u verstopt?)	1	2	3	4
17. Had u diarree?	1	2	3	4
18. Was u moe?	1	2	3	4
19. Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	1	2	3	4
20. Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken?	1	2	3	4
21. Voelde u zich gespannen?	1	2	3	4
22. Maakte u zich zorgen?	1	2	3	4
23. Voelde u zich prikkelbaar?	1	2	3	4
24. Voelde u zich neerslachtig?	1	2	3	4
25. Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen?	1	2	3	4
26. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw <u>familieleven</u> in de weg gestaan?	1	2	3	4
27. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw <u>sociale</u> bezigheden?	1	2	3	4
28. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht?	1	2	3	4

Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 omcirkelen dat het meest op u van toepassing is:

29. Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

Erg slecht

Uitstekend

30. Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

Erg slecht

Uitstekend



EORTC QLQ – EN24

Studie nummer |_|_|_|

Soms melden patiënten dat ze de volgende symptomen of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze symptomen of problemen heeft ervaren?

Gedurende de afgelopen week:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
31. Had u opgezette benen (zwellings van een of beide benen)?	1	2	3	4
32. Had u een zwaar gevoel in een of beide benen?	1	2	3	4
33. Had u pijn in uw onderrug en/of bekken?	1	2	3	4
34. Moest u zich zodra u aandrang voelde om te plassen naar het toilet haasten?	1	2	3	4
35. Moest u vaak plassen?	1	2	3	4
36. Had u onvrijwillig urineverlies (ongelukjes)?	1	2	3	4
37. Had u pijn of een brandend gevoel toen u plaste?	1	2	3	4
38. Moest u zich zodra u aandrang voelde voor ontlasting naar het toilet haasten?	1	2	3	4
39. Hebt u onbedoeld ontlasting verloren?	1	2	3	4
40. Had u last van winderigheid?	1	2	3	4
41. Had u buikkrampen?	1	2	3	4
42. Had u een opgeblazen gevoel in uw buik?	1	2	3	4
43. Had u een tintelend/prikkelend of doof gevoel in uw handen of voeten?	1	2	3	4
44. Had u pijn in uw spieren of gewrichten?	1	2	3	4
45. Had u haaruitval?	1	2	3	4
46. Smaakten voedsel en drank anders dan gewoonlijk?	1	2	3	4
47. Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	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
48.	Voelde u zich minder vrouwelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	1	2	3	4
49.	Hebt u momenteel een partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				

Gedurende de afgelopen drie maanden:		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
50.	In hoeverre had u zin in seks?	1	2	3	4
51.	In hoeverre bent u seksueel actief geweest?	1	2	3	4
52.	Indien u niet seksueel actief bent geweest, wilt u hier de reden aankruisen?				
	<input type="checkbox"/> Ik heb geen partner (meer)				
	<input type="checkbox"/> In onze relatie is seksualiteit niet (meer) belangrijk				
	<input type="checkbox"/> Medische reden bij mijn partner				
	<input type="checkbox"/> Door mijn ziekte / behandeling				

De onderstaande vragen a.u.b. beantwoorden indien u seksueel actief was gedurende de afgelopen 3 maanden:

53.	Voelde uw vagina droog aan tijdens de gemeenschap?	1	2	3	4
54.	Voelde uw vagina korter en/of nauwer aan?	1	2	3	4
55.	Had u pijn tijdens de gemeenschap?	1	2	3	4
56.	Was seks plezierig voor u?	1	2	3	4