

KWALITEIT VAN LEVEN VRAGENLIJST PORTEC-3 STUDIE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

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.

Wilt u uw eerste voorletter invullen:
 Uw geboortedatum (Dag, Maand, Jaar):
 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 <u>lange</u> wandeling?	1	2	3	4
3. Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> 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>familie</u> leven 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 – CX24

Soms zeggen patienten dat ze de volgende klachten of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze klachten of problemen heeft ervaren gedurende de afgelopen week.

Gedurende de afgelopen week:	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
31. Heeft u buikkrampen of maagkrampen gehad?	1	2	3	4
32. Heeft u problemen gehad om uw ontlasting te controleren (verlies van ontlasting)?	1	2	3	4
33. Heeft u bloed bij de ontlasting gehad?	1	2	3	4
34. Moest u vaak plassen?	1	2	3	4
35. Had u pijn of een brandend gevoel toen u plaste?	1	2	3	4
36. Had u onvrijwillig urineverlies (ongelukjes)?	1	2	3	4
37. Had u moeite met uitplassen?	1	2	3	4
38. Had u opgezette benen (zwellings van een of beide benen)?	1	2	3	4
39. Had u pijn in uw onderrug?	1	2	3	4
40. Had u een tintelend/doof gevoel en/of een verminderde gevoeligheid van handen of voeten?	1	2	3	4
41. Had u een geïrriteerde/pijnlijke vagina of vulva?	1	2	3	4
42. Heeft u afscheiding (uit uw vagina) gehad?	1	2	3	4
43. Heeft u abnormaal bloedverlies uit uw vagina gehad?	1	2	3	4
44. Heeft u opvliegers of zweetaanvallen gehad?	1	2	3	4
45. Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	1	2	3	4
46. Voelde u zich minder vrouwelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	1	2	3	4
47. Was u ontevreden met uw lichaam?	1	2	3	4

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

Gedurende de afgelopen 4 weken:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
48. Had u zorgen over pijnlijke geslachtsgemeenschap?	1	2	3	4
49. Bent u seksueel actief geweest?	1	2	3	4

De onderstaande vragen alleen beantwoorden indien u seksueel actief was gedurende de afgelopen 4 weken:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
50. Voelde uw vagina droog aan tijdens de gemeenschap?	1	2	3	4
51. Werd u gehinderd doordat uw vagina korter aanvoelde?	1	2	3	4
52. Werd u gehinderd doordat uw vagina nauwer aanvoelde?	1	2	3	4
53. Had u pijn tijdens de gemeenschap?	1	2	3	4
54. Was sex plezierig voor u?	1	2	3	4

EORTC QLQ – OV28 (subschaal)**Gedurende de afgelopen week:**

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
55. Heeft u een vol/opgeblazen gevoel in uw buik/maag gehad?	1	2	3	4
56. Heeft u last van winderigheid/gasvorming gehad?	1	2	3	4
57. Heeft u haaruitval gehad?	1	2	3	4
58. Deze vraag alleen invullen indien u haaruitval heeft gehad: Was u door het verlies van uw haar van streek?	1	2	3	4
59. Smaakten voedsel en drank anders dan u gewend was?	1	2	3	4
60. Had u prikkelende handen of voeten?	1	2	3	4
61. Heeft u een doof gevoel in uw vingers of tenen gehad?	1	2	3	4
62. Heeft u zich zwak in uw armen of benen gevoeld?	1	2	3	4
63. Heeft u pijn in uw spieren of gewrichten gehad?	1	2	3	4
64. Heeft u problemen met uw gehoor gehad?	1	2	3	4