

KWALITEIT VAN LEVEN VRAGENLIJST BEHORENDE BIJ DE PORTEC-4 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 |