



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Con questo questionario vorremmo sapere alcune cose su di Lei e sulla Sua salute. La preghiamo di rispondere a tutte le domande ponendo un cerchio attorno al numero che meglio corrisponde alla Sua risposta. Non esiste una risposta "giusta" o "sbagliata". Le Sue informazioni verranno tenute strettamente riservate.

Per favore scriva solo le iniziali del Suo nome:

Data di nascita (g, m, a):

La data di oggi (g, m, a):

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
1. Ha difficoltà nel fare lavori faticosi, come sollevare una borsa della spesa pesante o una valigia?	1	2	3	4
2. Ha difficoltà nel fare una <u>lunga</u> passeggiata?	1	2	3	4
3. Ha difficoltà nel fare una <u>breve</u> passeggiata fuori casa?	1	2	3	4
4. Ha bisogno di stare a letto o su una sedia durante il giorno?	1	2	3	4
5. Ha bisogno di aiuto per mangiare, vestirsi, lavarsi o andare in bagno?	1	2	3	4

Durante gli ultimi sette giorni:

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
6. Ha avuto limitazioni nel fare il Suo lavoro o i lavori di casa?	1	2	3	4
7. Ha avuto limitazioni nel praticare i Suoi passatempi-hobby o altre attività di divertimento o svago?	1	2	3	4
8. Le è mancato il fiato?	1	2	3	4
9. Ha avuto dolore?	1	2	3	4
10. Ha avuto bisogno di riposo?	1	2	3	4
11. Ha avuto difficoltà a dormire?	1	2	3	4
12. Si è sentito debole?	1	2	3	4
13. Le è mancato l'appetito?	1	2	3	4
14. Ha avuto un senso di nausea?	1	2	3	4
15. Ha vomitato?	1	2	3	4

[Continuare alla pagina successiva](#)

Durante gli ultimi sette giorni:

	No	Un po'	Parechchio	Moltissimo
16. Ha avuto problemi di stitichezza?	1	2	3	4
17. Ha avuto problemi di diarrea?	1	2	3	4
18. Si è sentito stanco?	1	2	3	4
19. Il dolore ha interferito con le Sue attività quotidiane?	1	2	3	4
20. Ha avuto difficoltà a concentrarsi su cose come leggere un giornale o guardare la televisione?	1	2	3	4
21. Si è sentito teso?	1	2	3	4
22. Si è preoccupato?	1	2	3	4
23. Si è sentito irritabile?	1	2	3	4
24. Si è sentito depresso?	1	2	3	4
25. Ha avuto difficoltà a ricordare le cose?	1	2	3	4
26. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con la Sua vita <u>familiare</u> ?	1	2	3	4
27. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con le Sue attività <u>sociali</u> ?	1	2	3	4
28. Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico Le hanno causato difficoltà finanziarie?	1	2	3	4

Per le seguenti domande ponga un cerchio intorno al numero da 1 a 7 che meglio corrisponde alla Sua risposta

29. Come valuterebbe in generale la Sua salute durante gli ultimi sette giorni?

1 2 3 4 5 6 7

Pessima

Ottima

30. Come valuterebbe in generale la Sua qualità di vita durante gli ultimi sette giorni?

1 2 3 4 5 6 7

Pessima

Ottima



EORTC QLO – CX24

Talvolta i pazienti accusano i seguenti sintomi. La preghiamo di indicare il grado con cui ha provato questi sintomi, risponda tracciando un cerchio intorno al numero che meglio definisce la Sua situazione.

Nel corso dell'ultima settimana:		No	Un po'	Parecchio	Moltissimo
31.	Ha avuto crampi addominali?	1	2	3	4
32.	Ha avuto perdite involontarie di feci?	1	2	3	4
33.	Ha notato sangue nelle feci?	1	2	3	4
34.	Ha urinato con frequenza?	1	2	3	4
35.	Ha avvertito dolori o una sensazione di bruciore durante la minzione?	1	2	3	4
36.	Ha avuto perdite involontarie di urina?	1	2	3	4
37.	Ha avuto difficoltà a svuotare la vescica?	1	2	3	4
38.	Ha avuto gonfiori a una o a entrambe le gambe?	1	2	3	4
39.	Ha avuto dolori nella regione lombare?	1	2	3	4
40.	Ha provato una sensazione di formicolio/intorpidimento e/o avuto minore sensibilità alle mani o ai piedi?	1	2	3	4
41.	Ha avvertito irritazione o dolore alla vagina?	1	2	3	4
42.	Ha avuto perdite vaginali?	1	2	3	4
43.	Ha avuto emorragie vaginali?	1	2	3	4
44.	Ha sofferto di vampate di calore e/o sudorazione?	1	2	3	4
45.	Si è sentita fisicamente meno attraente per effetto della malattia o della terapia?	1	2	3	4
46.	Si è sentita meno femminile per effetto della malattia o della terapia?	1	2	3	4
47.	Si è sentita insoddisfatta del Suo corpo?	1	2	3	4

Continui alla pagina seguente

Nel corso delle ultime quattro settimane:

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
48. Era preoccupata che i rapporti sessuali potessero essere dolorosi?	1	2	3	4
49. In che misura è stata sessualmente attiva?	1	2	3	4

Risponda alle seguenti domande solo se è stata sessualmente attiva durante le ultime quattro settimane:

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
50. Ha avuto problemi di secchezza vaginale durante l'attività sessuale?	1	2	3	4
51. Ha avuto la sensazione che la vagina si fosse accorciata?	1	2	3	4
52. Ha avuto la sensazione che la vagina si fosse ristretta?	1	2	3	4
53. Ha avuto rapporti sessuali dolorosi?	1	2	3	4
54. In che misura ha provato piacere durante i rapporti sessuali?	1	2	3	4

EORTC QLQ - OV28 (subscale)**Durante gli ultimi sette giorni:**

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
55. Ha avuto sensazione di gonfiore allo stomaco/addome?	1	2	3	4
56. Ha avuto problemi di aria o gas (flatulenza)?	1	2	3	4
57. Ha perso dei capelli?	1	2	3	4
58. Risponda solo se ha perso dei capelli: In caso affermativo, la caduta dei capelli l'ha turbata?	1	2	3	4
59. Cibi e bevande hanno avuto un sapore diverso dal solito	1	2	3	4
60. Ha avuto formicolio alle mani o ai piedi?	1	2	3	4
61. Ha sentito le dita delle mani o dei piedi intorpidite?	1	2	3	4
62. Ha sentito debolezza alle braccia o alle gambe?	1	2	3	4
63. Ha avuto dolori ai muscoli o alle articolazioni?	1	2	3	4
64. Ha avuto problemi di udito?	1	2	3	4