


EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

 Nr Pacjenta w
ośrodka _____

Data:

Jesteśmy zainteresowani niektórymi sprawami związanymi z Panem/ią i Pana/i zdrowiem. Prosimy o odpowiedź na wszystkie pytania, wybierając numer, który najbardziej odpowiada Panu/i. Nie ma odpowiedzi „prawidłowych” lub „nieprawidłowych”. Wszystkie udzielone informacje pozostaną ściśle poufne.

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
1. Czy ma Pan/i kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności, np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1	2	3	4
2. Czy <u>długi</u> spacer męczy Pana/i?	1	2	3	4
3. Czy <u>krótki</u> spacer poza domem sprawia Panu/i trudności?	1	2	3	4
4. Czy musi Pan/i leżeć w łóżku lub siedząc w fotelu w ciągu dnia?	1	2	3	4
5. Czy potrzebuje Pan/i pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się myciu się lub korzystaniu z toalety?	1	2	3	4

Czy w ostatnim tygodniu:

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
6. Był/a Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu pracy lub innych codziennych czynności?	1	2	3	4
7. Był/a Pan/i ograniczony/a w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1	2	3	4
8. Odczuwał/a Pan/i duszności?	1	2	3	4
9. Miał/a Pan/i bóle?	1	2	3	4
10. Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	1	2	3	4
11. Miał/a Pan/i trudności ze snem?	1	2	3	4
12. Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	1	2	3	4
13. Odczuwał/a Pan/i brak apetytu?	1	2	3	4
14. Odczuwał/a Pan/i nudności?	1	2	3	4
15. Wymiotował/a Pan/i?	1	2	3	4
16. Miewał/a Pan/i zaparcia?	1	2	3	4

Proszą wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:

	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
17. Miewał/a Pan/i biegunki?	1	2	3	4
18. Był/a Pan/i zmęczony/a?	1	2	3	4
19. Ból przeszkadzał Panu/i w codziennych zajęciach?	1	2	3	4
20. Miał/a Pan/i trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?	1	2	3	4
21. Czul/a się Pan/i spięty/a?	1	2	3	4
22. Martwił/a się Pan/i?	1	2	3	4
23. Czul/a się Pan/i rozdrażniony/a?	1	2	3	4
24. Czul/a się Pan/i przygnębiony/a?	1	2	3	4
25. Miał/a Pan/i trudności w zapamiętywaniu?	1	2	3	4
26. Stan Pana/i zdrowia lub leczenie zakłócały Pana/i życie <u>rodzinne</u> ?	1	2	3	4
27. Stan Pana/i zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pana/i życiu <u>towarzyskim</u> ?	1	2	3	4
28. Stan Pana/i zdrowia lub leczenie powodowały kłopoty finansowe?	1	2	3	4

Przy następujących pytaniach proszę zakreślić cyfrę od 1 do 7, która najbardziej Pana/i dotyczy

29. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia w ubiegłym tygodniu?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zły

doskonały

30. Jak ocenia Pan/i ogólną jakość swego życia w ubiegłym tygodniu?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zła

doskonała



EORTC QLQ - BR23

Pacjentki czasami podają, że mają następujące objawy lub problemy. Proszę wskazać, w jakim zakresie odczuwała Pani te objawy lub problemy podczas ubiegłego tygodnia.

Czy w ostatnim tygodniu:	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
31. Odczuwała Pani suchość w ustach?	1	2	3	4
32. Smak potraw i napojów był inny niż zwykle?	1	2	3	4
33. Występowało bolesne, podrażnienie lub łzawienie oczu?	1	2	3	4
34. Wypadały Pani włosy?	1	2	3	4
35. Proszę wypełnić, tylko jeżeli wypadały włosy: Wypadanie włosów martwiło Panią?	1	2	3	4
36. Czowała się Pani chora lub niedobrze?	1	2	3	4
37. Miewała Pani uderzenia gorąca?	1	2	3	4
38. Miewała Pani bóle głowy?	1	2	3	4
39. Czowała się Pani fizycznie mniej atrakcyjna z powodu choroby lub leczenia?	1	2	3	4
40. Czowała się Pani mniej kobieca w wyniku choroby lub leczenia?	1	2	3	4
41. Trudne jest dla Pani oglądanie siebie nagiej?	1	2	3	4
42. Była Pani niezadowolona z własnego ciała?	1	2	3	4
43. Martwi się Pani o swoje przyszłe zdrowie?	1	2	3	4

W okresie ostatnich <u>czterech</u> tygodni:	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
44. W jakim stopniu była Pani zainteresowana seksem?	1	2	3	4
45. W jakim stopniu była Pani aktywna seksualnie (ze stosunkiem płciowym lub bez)?	1	2	3	4
46. Proszę wypełnić, jeżeli jest Pani aktywna seksualnie: Do jakiego stopnia seks zadowalał Panią?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:	Wcale	Trochę	Znacznie	Bardzo
47. Miewała Pani bole w ramieniu lub barku?	1	2	3	4
48. Miała Pani obrzęk ramienia lub ręki?	1	2	3	4
49. Miała Pani trudności podnosząc ramię do góry lub do boku?	1	2	3	4
50. Miała Pani bóle w okolicy chorej piersi?	1	2	3	4
51. Chora piers była obrzęknięta?	1	2	3	4
52. Chora piers była tkliwa?	1	2	3	4
53. Martwiła się Pani stanem skóry na lub w okolicy piersi (np. swędzeniem, suchością, złuszczeniem naskórka)?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Ankieta dodatkowa dla pacjentów leczonych inhibitorem CDK4/5 (palbocyklib, rybocyklib lub abemacyklib) i inhibitorem aromatazy lub fulwestrantem)

(proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

1. Proszę podać swój wiek:

20-35 lat

36-40 lat

41-60 lat

61-70 lat

71- 80 lat

Ponad 80 lat

2. Który rodzaj hormonoterapii został u Pana/Pani zastosowany w połączeniu z inhibitorem CDK4/6?

Fulwestrant (Faslodex) – lek podawany w postaci domięśniowych zastrzyków co 4 tygodnie

Inhibitor aromatazy (letrozol, anastrozol, egzemestan) – leki stosowane w postaci tabletek przyjmowanych codziennie

3. Który z inhibitorów CDK4/6 został dla Pana/Pani wybrany?

Palbocyklib (Ibrance)

Rybocyklib (Kisqali)

Abemacyklib (Verzenio)

4. Jak długo otrzymuje Pan/Pani wymienione powyżej leki?

Okolo 3 miesiące

Od 4 do 12 miesięcy

Ponad 12 miesięcy

5. Czy obecnie odczuwa Pan/Pani jakieś dolegliwości związane z prowadzoną terapią?

Nie odczuwam

Odczuwam, ale w minimalnym stopniu

Odczuwam poważne dolegliwości

Odczuwam bardzo poważne dolegliwości, które znacznie utrudniają mi normalne funkcjonowanie

6. Czy na początku leczenia (przez pierwsze 2-3 miesiące) odczuwał Pan/Pani jakieś objawy uboczne związane z otrzymywaną terapią?

Nudności/wymioty

Oslabienie

Duszności

Bóle brzucha
Biegunki
Nawracające infekcje
Bóle głowy
Osłabienie apetytu/chudnięcie
Bóle stawów i/lub mięśni
Kołatania serca
Omdlenia
Nie odczuwałam żadnych dolegliwości

7. Czy w trakcie terapii lekarz zmniejszył Panu/Pani dawkę inhibitora CDK4/6 (pelbocyklib, rybocyklib, abemacyklib)?

TAK

NIE

8. Czy stosowana terapia jest dla Pani uciążliwa?

Tak, chciałabym zmienić sposób leczenia

Nie, zupełnie nie uciążliwa