

Dear Sir or Madam,

This short questionnaire is designed to assess how patients with cardioverter-defibrillators use their cell phones. The questionnaire was entirely prepared and checked by the Employees of the Silesian Centre for Heart Diseases. Its results will be used only for scientific purposes. Participation in the survey is completely voluntary, and all data collected are completely anonymous.

Please mark your answers to the following questions. Once completed, please return the survey to your Nurse at the entrance of the device clinic.

1) Do you have a smartphone (a phone with a touch screen, internet access and the ability to take pictures)?

- YES
- NO

2) If yes, for how long?

- FOR MORE THAN 3 YEARS
- BETWEEN 1 AND 3 YEARS
- SINCE LESS THAN 1 YEAR

3) Where do you usually wear it? 2 common places can be chosen

- IN THE PURSE ON THE LEFT HAND
- IN PURSE ON RIGHT HAND
- IN YOUR PANTS
- LEFT HAND JACKET POCKET
- JACKET POCKET ON THE RIGHT
- OTHER (ANY.....)

4) Which ear do you most often hold the phone to while talking?

- LEFT
- RIGHT
- I USUALLY TALK ON SPEAKERPHONE
- I USUALLY TALK USING HEADPHONES

5) How many hours a day do you spend talking on your cell phone?

- MORE THAN 3 HOURS A DAY
- 1-3 HOURS A DAY
- LESS THAN 1 HOUR A DAY
- I HARDLY EVER TALK ON THE PHONE

- 6) Do you have your cell phone on at night?**
- YES, IT IS BY THE BED
 - YES BUT I HAVE TO GET OUT OF BED TO REACH IT
 - I SWITCH THE PHONE OFF AT NIGHT
- 7) Have you ever felt a change in your cardioverter defibrillator when the phone rings or you call someone?**
- YES - SEVERAL TIMES
 - YES - ONE TIME
 - NO
- 8) Since having had a defibrillator, have you worn your phone differently?**
- NO - I WEAR IT THE SAME AS BEFORE
 - YES (HOW.....)
- 9) Since having had the defibrillator, do you hold your phone differently while talking?**
- NO - I HOLD IT ON THE SAME SIDE AS BEFORE
 - YES (HOW.....)
- 10) Since having a defibrillator, do you use your phone more or less?**
- NO - I TALK ON THE PHONE AS MUCH AS BEFORE
 - YES - I USE IT LESS THAN BEFORE
 - YES - I USE IT MORE THAN BEFORE
- 11) Did you know that a phone held too close can sometimes have a bad effect on your cardioverter defibrillator?**
- YES - I HAVE KNOWN THIS SINCE THE IMPLANTATION
 - YES - I LEARNED THIS WHEN I ALREADY HAD MY DEFIBRILLATOR
 - NO

Thank you for taking the time to complete the survey

To be completed by the Nurse in the Device Control Room:

- 12) Patient's Age ...
- 13) Gender of patient ...
- 14) Type of device (ICD-VR/ICD-DR/CRT) ...
- 15) Dependency (*Yes/No*)
- 16) Prevention (*Primary/Secondary*)
- 17) Month and year of implantation ...

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Niniejsza krótka ankieta ma na celu ocenę w jaki sposób Pacjenci mający kardiowertery-defibrylatory korzystają z telefonów komórkowych.

Ankieta została w całości przygotowana i sprawdzona przez Pracowników Naukowych Śląskiego Centrum Chorób Serca. Jej wyniki zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych.

Udział w ankiecie jest całkowicie dobrowolny, a wszelkie zebrane dane mają charakter w pełni anonimowy.

Prosimy o zaznaczenie Państwa odpowiedzi na następujące pytania. Po wypełnieniu prosimy oddać ankietę Pani Pielęgniarce przy wejściu na kontrolę urzędu.

1. Czy ma Pani/Pan smartfona (telefon z dotykowym ekranem, dostępem do internetu i możliwością robienia zdjęć)?

- TAK
- NIE

2. Jeśli tak, to od jak dawna?

- OD PONAD 3 LAT
- OD 1-3 LAT
- OD MNIEJ NIŻ 1 ROKU

3. Gdzie zwykle go Pani/Pan nosi? Można wybrać 2 częste miejsca

- W TOREBCE NA LEWEJ RĘCE
- W TOREBCE NA PRAWEJ RĘCE
- W SPODNIACH
- W KIESZENI MARYNARKI PO LEWEJ STRONIE
- W KIESZENI MARYNARKI PO PRAWEJ STRONIE
- INNE (JAKIE.....)

4. Przy którym uchu najczęściej trzyma Pani/Pan telefon w trakcie rozmowy?

- LEWYM
- PRAWYM
- ROZMAWIAM ZWYKLE PRZEZ ZESTAW GŁOŚNOMÓWIĄCY
- ROZMAWIAM ZWYKLE PRZEZ SŁUCHAWKI

5. Ile godzin dziennie rozmawia Pani/Pan przez telefon komórkowy?

- PONAD 3 GODZINY DZIENNIE
- 1-3 GODZINY DZIENNIE
- PONIŻEJ 1 GODZINY DZIENNIE
- PRAKTYCZNIE NIE ROZMAWIAM PRZEZ TELEFON

6. Czy w nocy ma Pani/Pan włączony telefon komórkowy?

- TAK LEŻY KOŁO ŁÓŻKA
- TAK ALE MUSZĘ WSTAĆ Z ŁÓŻKA ŻEBY GO WZIĄĆ
- NA NOC WYŁĄCZAM TELEFON

7. Czy kiedykolwiek poczuła/ł Pani/Pan zmianę pracy Pani/Pana kardiowertera kiedy zadzwonił telefon lub Pani/Pan dzwoniła/ł do kogoś?

- TAK - KILKA RAZY
- TAK - RAZ
- NIE

8. Czy od momentu kiedy ma Pani/Pan kardiowerter inaczej nosi Pani/Pan swój telefon?

- NIE - NOSZĘ GO TAK SAMO JAK WCZEŚNIEJ
- TAK
(JAK.....)

9. Czy od momentu kiedy ma Pani/Pan kardiowerter inaczej trzyma Pani/Pan swój telefon podczas rozmowy?

- NIE - TRZYMAM GO Z TEJ STRONY CO WCZEŚNIEJ
- TAK
(JAK.....)

10. Czy od momentu kiedy ma Pani/Pan kardiowerter korzysta Pani/Pan więcej, czy mniej z telefonu?

- NIE - ROZMAWIAM PRZEZ NIEGO TYLE CO WCZEŚNIEJ
- TAK - UŻYWAM GO MNIEJ NIŻ WCZEŚNIEJ
- TAK - UŻYWAM GO WIĘCEJ NIŻ WCZEŚNIEJ

11. Czy wiedziała Pani/wiedział Pan, że telefon trzymany zbyt blisko może czasami źle wpływać na pracę Pani/Pana kardiowertera?

- TAK - WIEM TO OD MOMENTU WSZCZEPIENIA
- TAK - DOWIEDZIAŁAM/EM SIĘ TEGO KIEDY JUŻ MIAŁAM/EM MÓJ KARDIOWERTER
- NIE

Dziękujemy za Pani/Pana czas poświęcony na wypełnienie ankiety

Wypełnia Pani Pielęgniarka w Pokoju Kontroli Urządzeń:

- 12. **Wiek Pacjenta ...**
- 13. **Płeć Pacjenta ...**
- 14. **Typ urządzenia (ICD-VR/ICD-DR/CRT) ...**
- 15. **Zależny ...**
- 16. **Prewencja ...**
- 17. **Miesiąc i rok wszczęcia...**