



EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Vi är intresserade av några saker som har med dig och din hälsa att göra. Besvara alla frågor genom att sätta en ring runt den siffra som stämmer bäst in på dig. Det finns inga svar som är "rätt" eller "fel". Den information du lämnar kommer att hållas strikt konfidentiell.

Fyll i Dina initialer:

--	--	--	--

När är Du född? (Dag, Månad, År):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dagens datum (Dag, Månad, År):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
1. Har du svårt att ta en <u>kort</u> promenad utomhus?	1	2	3	4
2. Måste du sitta eller ligga på dagarna?	1	2	3	4
3. Behöver du hjälp med att äta, klä dig, tvätta dig eller gå på toaletten?	1	2	3	4

Under veckan som gått:

	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
4. Har du blivit andfådd?	1	2	3	4
5. Har du haft ont?	1	2	3	4
6. Har du haft svårt att sova?	1	2	3	4
7. Har du känt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du haft dålig aptit?	1	2	3	4
9. Har du känt dig illamående?	1	2	3	4

Fortsätt på nästa sida

Under veckan som gått:

	Inte alls	Lite	En hel del	Mycket
10. Har du varit förstoppad?	1	2	3	4
11. Har du varit trött?	1	2	3	4
12. Har dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?	1	2	3	4
13. Har du känt dig spänd?	1	2	3	4
14. Har du känt dig nedstämd?	1	2	3	4

Sätt en ring runt den siffra mellan 1 och 7 som stämmer bäst in på dig för följande fråga:

15. Hur skulle du vilja beskriva din totala livskvalitet under den vecka som gått?

1 2 3 4 5 6 7

Mycket dålig

Utmärkt