

Инициалы пациента |_|_|_|

Рандомизационный № |_|_|

Визит |_|

**Анкета для оценки качества жизни Европейской организации
исследования и лечения рака
EORTC QLQ-C30 (version 3.0)**

Мы хотим задать Вам несколько вопросов, касающихся Вас и Вашего здоровья. Пожалуйста, ответьте самостоятельно на все вопросы, обведя кружком номер ответа, наиболее точно отражающего Вашу ситуацию. Здесь нет "верных" или "неверных" ответов. Вся предоставленная Вами информация будет сохранена в тайне.

Пожалуйста, укажите:

Ваши инициалы (первые буквы Ф.И.О.) _____

Дату рождения (день, месяц, год): _____

Сегодняшнюю дату (день, месяц, год): _____

		Нет	Скорее нет, чем да	Скорее да, чем нет	Да
1.	Испытываете ли Вы какие-нибудь затруднения при выполнении работы, требующей значительных физических усилий, например, когда несете тяжелую хозяйственную сумку или чемодан?	1	2	3	4
2.	Испытываете ли Вы какие-нибудь затруднения, совершая большую прогулку?	1	2	3	4
3.	Испытываете ли Вы какие-нибудь затруднения, совершая небольшую прогулку на улице?	1	2	3	4
4.	Должны ли Вы проводить в постели или в кресле большую часть дня?	1	2	3	4
5.	Требуется ли Вам помощь при приеме пищи, одевании, умывании или пользовании туалетом?	1	2	3	4

В течение последней недели:

		Нет	Скорее нет, чем да	Скорее да, чем нет	Да
6.	Ограничивало ли Вас что-либо тем или иным образом при выполнении Вами Вашей работы или других повседневных дел?	1	2	3	4
7.	Ограничивало ли Вас что-либо тем или иным образом при занятиях любимым делом или иным проведением свободного времени?	1	2	3	4
8.	Была ли у Вас одышка?	1	2	3	4
9.	Была ли у Вас боль?	1	2	3	4
10.	Нуждались ли Вы в отдыхе?	1	2	3	4
11.	Был ли у Вас нарушен сон?	1	2	3	4
12.	Было ли у Вас чувство слабости?	1	2	3	4

Инициалы пациента |_|_|_|

Рандомизационный № |_|_|

Визит |_|

13.	Было ли у Вас снижение аппетита?	1	2	3	4
14.	Чувствовали ли Вы тошноту?	1	2	3	4
15.	Была ли у Вас рвота?	1	2	3	4
16.	Был ли у Вас запор?	1	2	3	4
17.	Был ли у Вас понос?	1	2	3	4
18.	Чувствовали ли Вы усталость?	1	2	3	4
19.	Мешала ли Вам боль заниматься Вашими повседневными делами?	1	2	3	4
20.	Было ли Вам трудно на чем-то сосредоточиться, например, читать газету или смотреть телевизор?	1	2	3	4
21.	Испытывали ли Вы чувство напряженности?	1	2	3	4
22.	Испытывали ли Вы чувство беспокойства?	1	2	3	4
23.	Испытывали ли Вы чувство раздражения?	1	2	3	4
24.	Испытывали ли Вы чувство подавленности?	1	2	3	4
25.	Было ли Вам трудно что-то вспомнить?	1	2	3	4
26.	Мешало ли Ваше физическое состояние или проводимое лечение Вашей семейной жизни?	1	2	3	4
27.	Мешало ли Вам Ваше физическое состояние или проводимое лечение появляться на людях (ходить в гости, в кино и т.д.)?	1	2	3	4
28.	Вызывало ли у Вас Ваше физическое состояние или проводимое лечение денежные затруднения?	1	2	3	4

При ответе на последующие вопросы, пожалуйста, обведите кружком номер ответа в интервале от 1 до 7, который наиболее точно отражает Вашу ситуацию.

29. Как бы Вы оценили в целом Ваше здоровье за последнюю неделю?

1 2 3 4 5 6 7

Очень плохое

Отличное

30. Как бы Вы оценили в целом Ваше качество жизни за последнюю неделю?

1 2 3 4 5 6 7

Очень плохое

Отличное

Общая сумма баллов _____