



## Patientnummer:

### EORTC QLQ-C30 (version 3)

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):

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                      | Inte<br>alls | Lite | En hel<br>del | Mycket |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|---------------|--------|
| 1. Har du svårt att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska? | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 2. Har du svårt att ta en <u>lång</u> promenad?                                      | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 3. Har du svårt att ta en <u>kort</u> promenad utomhus?                              | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 4. Måste du sitta eller ligga på dagarna?                                            | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 5. Behöver du hjälp med att äta, klä dig, tvätta dig eller gå på toaletten?          | 1            | 2    | 3             | 4      |

### Under veckan som gått:

|                                                                                                                       | Inte<br>alls | Lite | En hel<br>del | Mycket |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|---------------|--------|
| 6. Har du varit begränsad i dina möjligheter att utföra antingen ditt förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter? | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 7. Har du varit begränsad i dina möjligheter att utöva dina hobbyer eller andra fritidssysselsättningar?              | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 8. Har du blivit andfådd?                                                                                             | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 9. Har du haft ont?                                                                                                   | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 10. Har du behövt vila?                                                                                               | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 11. Har du haft svårt att sova?                                                                                       | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 12. Har du känt dig svag?                                                                                             | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 13. Har du haft dålig aptit?                                                                                          | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 14. Har du känt dig illamående?                                                                                       | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 15. Har du kräkts?                                                                                                    | 1            | 2    | 3             | 4      |
| 16. Har du varit förstoppad?                                                                                          | 1            | 2    | 3             | 4      |

Fortsätt på nästa sida

**Under veckan som gått:**

|                                                                                                            | <b>Inte<br/>alls</b> | <b>Lite</b> | <b>En hel<br/>del</b> | <b>Mycket</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-----------------------|---------------|
| 17. Har du haft diarré?                                                                                    | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 18. Har du varit trött?                                                                                    | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 19. Har dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?                                                      | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 20. Har du haft svårt att koncentrera dig, t.ex. läsa tidningen eller se på TV?                            | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 21. Har du känt dig spänd?                                                                                 | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 22. Har du oroat dig?                                                                                      | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 23. Har du känt dig irriterad?                                                                             | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 24. Har du känt dig nedstämd?                                                                              | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 25. Har du haft svårt att komma ihåg saker?                                                                | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 26. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört ditt <u>familjeliv</u> ?            | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 27. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört dina <u>sociala</u> aktiviteter?    | 1                    | 2           | 3                     | 4             |
| 28. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen gjort att du fått ekonomiska svårigheter? | 1                    | 2           | 3                     | 4             |

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

29. Hur skulle du vilja beskriva din hälsa totalt sett under den vecka som gått?

1            2            3            4            5            6            7

Mycket dålig

Utmärkt

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

1            2            3            4            5            6            7

Mycket dålig

Utmärkt