

Διαχείριση και Έκβαση της Περι-επεμβατικής Φροντίδας των Ευρωπαϊκών Διαβητικών Ασθενών: Μία διεθνής, προοπτική, μελέτη παρατήρησης, κοόρτης

QoR-15 ΕΡΕΥΝΑ ΑΣΘΕΝΗ

Αριθμός κέντρου:

Αριθμός Ταυτοποίησης Ασθενή : _ _ _ _ _

Όνομα Ερευνητή/Τοπικού Συντονιστή Ερευνητή: _____

Ημερομηνία:

ΜΕΡΟΣ Α

Πώς αισθάνεσθε τις τελευταίες 24 ώρες;

(0 έως 10, όπου 0=καθόλου [άσχημα] και 10= όλη την ώρα [τέλεια])

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Ικανός να ανασάνω εύκολα | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 2. Ικανός να απολαύσω το φαγητό | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 3. Ξεκούραστος | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 4. Κοιμήθηκα καλά | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 5. Ικανός να φροντίσω την προσωπική μου υγιεινή χωρίς βοήθεια | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 6. Ικανός να επικοινωνήσω με την οικογένεια και με φίλους | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 7. Λαμβάνω βοήθεια από νοσοκομειακούς ιατρούς και νοσηλευτές | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 8. Ικανός να επιστρέψω στην εργασία μου ή στις συνήθεις σπιτικές δραστηριότητες | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 9. Αισθάνομαι άνετα και ότι έχω τον έλεγχο | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 10. Έχω αίσθημα ευεξίας | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

ΜΕΡΟΣ Β

Παρουσιάσατε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα τις τελευταίες 24 ώρες;

(10 έως 0, όπου 10=καθόλου [τέλεια] και 0=όλη την ώρα [άσχημα])

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 11. Μέτριο πόνο | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 |
| 12. Σοβαρό πόνο | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 |
| 13. Ναυτία ή έμετο | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 |
| 14. Αίσθημα ανησυχίας ή φόβου | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 |
| 15. Αίσθημα θλίψης ή κατάθλιψης | Καθόλου _____ Όλη την ώρα |
| | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 |

Παρακαλώ αθροίστε τη βαθμολογία που δόθηκε από τον ασθενή: Συνολική βαθμολογία QoR Day 1ης Ημέρας: _____