

Вашето здраве

— и —

благодеяние

Измерване на симптоми свързани с теглото (WRSM)

Този въпросник се интересува от Вашето мнение за здравето и теглото Ви.



Благодарим Ви, че отговорихте на тези въпроси!

Инструкции за попълване на въпросника за качество на живот от участниците в изследването

- 1) Този въпросник е важна част от общата Ви медицинска оценка. Въпросите имат за цел да съберат информация за това как, от Ваша гледна точка, Вашето здраве е повлияло върху живота Ви.
- 2) Попълнете въпросниците като използвате химикалка. При попълването пишете четливо и натискайте силно, така че отговорите ви да бъдат ясни и четливи.
- 3) Молим Ви да отделите достатъчно време да прочетете и да отговорите на всеки въпрос внимателно. Някои въпроси може да си приличат, но всеки един от тях е различен.
- 4) Молим Ви да отговорите на всеки въпрос като отбележите с кръстче квадратчето, което най-добре описва Вашия отговор ☒. Вие можете да промените отговора си като зачертаете квадратчето, съответстващо на избора, който искате да промените (☒) , и като поставите кръстче в квадратчето, което съответства на новия Ви избор ☒.
- 5) Няма верни или грешни отговори. Ако не сте сигурни как да отговорите на даден въпрос, моля дайте най-добрия отговор според възможностите си.
- 6) Вашите отговори са поверителни. Координаторът на изследването ще провери въпросника за пълнота и няма да споделя Вашите отговори с другите членове на клиничния екип.

Симптоми, свързани с теглото, и доколко те Ви притесняват

За всеки от следните въпроси прочетете списъка със симптоми отдолу и поставете кръстче ☒ в квадратчето, което съответства най-добре на отговора Ви.

а. През последните 4 седмици имахте ли следните симптоми?			б. Ако “Да”, доколко тези симптоми Ви притесниха?						
Не	Да	СИМПТОМИ	Ни- как	Малко	Доня- къде	Умере- но	Доста	Много	Твър- де много
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Недостиг на въздух	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Умора	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Проблеми със съня	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Чувствителност към студ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Засилена жажда	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Повишена раздразнителност	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Болки в гърба	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Често уриниране	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Болка в ставите (тазобедрените стави, коленете и т.н.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Задържане на течности	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Проблеми с ходилата	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Чувствителност към топлина	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Хъркане	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Моля преминете на следващата страница)

(продължение ...)

а. През последните 4 седмици имахте ли следните симптоми?			б. Ако “Да”, доколко тези симптоми Ви притесниха?						
Не	Да	СИМПТОМИ	Ни- как	Малко	Доня- къде	Умере- но	Доста	Много	Твър- де много
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Повишен апетит	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Напикаване	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Замайване	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Засилено потене	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Загуба на сексуално желание	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Понижена физическа издръжливост	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Кожни възпаления	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Моля върнете се към въпросите, на които отговорихте току-що, за да се уверите, че не сте пропуснали някой.

Благодарим Ви, че отговорихте на тези въпроси!