

Η Υγεία — και — η Ευεξία Σας

Μέτρησις συμπτώματος Χάσιμου Βάρους (WRSM)

Αυτή η μελέτη ζητά τις απόψεις σας για την υγεία και το βάρος σας.



Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση των ερωτήσεων!

Οδηγίες για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής των συμμετασχόντων στην μελέτη

- 1) Οι ερωτήσεις αυτές αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της συνολικής ιατρικής εκτίμησής σας. Οι ερωτήσεις είναι σχεδιασμένες να συλλέγουν πληροφορίες για το πώς, σύμφωνα με τη δική σας άποψη, η υγεία σας έχει επηρεάσει την ποιότητα της ζωής σας.
- 2) Συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιώντας ένα στυλό που να μην αφήνει μουντζούρες. Πατάτε σταθερά με το στυλό και γράφετε καθαρά ώστε οι απαντήσεις σας να είναι καθαρές και να διαβάζονται εύκολα.
- 3) Παρακαλούμε πάρτε χρόνο για να διαβάσετε και απαντήστε προσεκτικά κάθε ερώτηση. Κάποιες ερωτήσεις μπορεί να μοιάζουν με άλλες, αλλά κάθε μια είναι διαφορετική.
- 4) Παρακαλούμε απαντήστε κάθε μια ερώτηση σημειώνοντας με ένα ☒ το κουτί που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας. Μπορείτε ν' αλλάξετε κάποια απάντηση σβήνοντας με μια γραμμή (—☒—) την επιλογή που θέλετε να αλλάξετε και σημειώνοντας με ένα ☒ το κουτί που αντιστοιχεί στη νέα σας επιλογή.
- 5) Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Εάν εσείς είστε αβέβαιος(η) για το πώς θ' απαντήσετε σε μια ερώτηση, παρακαλούμε δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.
- 6) Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές. Ο συντονιστής της μελέτης θα ελέγξει την πληρότητα μόνο και δεν θα μοιραστεί τις απαντήσεις σας με άλλο προσωπικό της κλινικής που συμμετέχει στη μελέτη.

Συμπτώματα που σχετίζονται με το Βάρος και Πόσο Πολύ Σας Ενοχλούν

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις διαβάστε τον ακόλουθο κατάλογο συμπτωμάτων και σημειώστε με ένα ☒ το ένα κουτί που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

a. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> είχατε τα παρακάτω συμπτώματα;			b. Εάν Ναι, πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα συμπτώματα;						
Όχι	Ναι	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Ποτέ	Σπάνια	Κάπως	Μέτρια	Αρκετά καλά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Δυσχέρεια αναπνοής	<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	Κούραση	<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	Προβλήματα ύπνου	<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	Ευαισθησία στο κρύο	<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	Αυξημένη δίψα	<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	Αυξημένη ευερεθιστότητα	<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	Πόνο στη μέση	<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	Συχνουρία	<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	Πόνο στις αρθρώσεις (ισχία, γόνατα, κτλ)	<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	Κατακράτηση υγρών	<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	Προβλήματα στα πόδια	<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	Ευαισθησία στη ζέστη	<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	Ροχαλητό	<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

(Παρακαλώ γυρίσετε την σελίδα)

(συνεχίζεται ...)

a. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> είχατε τα παρακάτω συμπτώματα;			b. Εάν Ναι, πόσο πολύ σας ενοχλούν αυτά τα συμπτώματα;						
Όχι	Ναι	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Ποτέ	Σπάνια	Κάπως	Μέτρια	Αρκετά καλά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Αυξημένη όρεξη	<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	Ακράτεια ούρων	<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	Ζάλη	<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	Πολύ ιδρώτα	<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	Απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας	<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	Μειωμένη σωματική αντοχή	<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	Ερεθισμό του Δέρματος	<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

*Παρακαλούμε πηγαίνετε πίσω στις ερωτήσεις που μόλις απαντήσατε για να
βεβαιωθείτε ότι δεν παραλείψατε κάποιες.*

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση των ερωτήσεων!