

Vaše zdravlje — *i* — dobrobit

Mjerilo simptoma povezanih s težinom (WRSM)

Ovaj upitnik ispituje vaše poglede o vlastitom zdravlju i težini.



Zahvaljujemo na vašim odgovorima!

Upute za ispunjavanje upitnika o kvaliteti života za sudionike studije

- 1) Ovaj upitnik je vrlo važan dio vaše sveukupne zdravstvene procijene. Pitanja su dizajnirana da prikupljaju informacije o tome kako vaše zdravlje, po vašem mišljenju utječe na vašu kvalitetu života.
- 2) Ispunite upitnik koristeći kemijsku olovku. Pritisnite čvrsto i pišite uredno da bi svi odgovori bili jasni i čitki.
- 3) Molimo da odvojite dovoljno vremena da svako pitanje pažljivo pročitate i odgovorite. Neka pitanja mogu izgledati kao druga, ali svako je pitanje drugačije.
- 4) Molimo da odgovorite na svako pitanje označavanjem ☐ u kvadratu koji najbolje opisuje vaš odgovor. Možete promijeniti odgovor tako da povučete crtu (☐) kroz izbor koji želite promijeniti i označite ☐ u kvadratu koji odgovara vašem novom odabiru.
- 5) Nema točnih ni netočnih odgovora. Ako niste sigurni kako odgovoriti na neko pitanje, molimo dajte najbolji odgovor koji možete.
- 6) Vaši odgovori su povjerljivi. Voditelj studije će samo provjeravati cjelovitost i neće dijeliti vaše odgovore sa ostalim kliničkim osobljem.

Simptomi povezani s težinom i koliko vam smetaju

Za svako od slijedećih pitanja pročitajte popis dolje navedenih simptoma i označite ☒ u onaj kvadrat koji najbolje opisuje vaš odgovor.

a. Jeste li imali slijedeće simptome <u>u protekla 4 tjedna</u> ?			b. Ako ste označili da, koliko su vam ovi simptomi smetali?						
Ne	Da	SIMPTOMI	Uopće ne	Vrlo malo	Donekle	Umjeren	Dosta	Mnogo	Jako mnogo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Gubitak daha	<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	Umor	<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	Problemi sa spavanjem	<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	Osjetljivost na hladnoću	<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	Povećana žeđ	<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	Povećana razdražljivost	<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	Bolovi u leđima	<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	Učestalo mokrenje	<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	Bolovi u zglobovima (kukovi, koljena, itd.)	<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	Nadutost (izazvana zadržavanjem vode u tijelu)	<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	Problemi s nogama i stopalima	<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	Osjetljivost na toplinu	<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	Hrkanje	<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

(Molimo okrenite stranicu)

(nastavak)...

a. Jeste li imali slijedeće simptome <u>u protekla 4 tjedna</u> ?			b. Ako ste označili da, koliko su vam ovi simptomi smetali?						
Ne	Da	SIMPTOMI	Uopće ne	Vrlo malo	Donekle	Umjeren	Dosta	Mnogo	Jako mnogo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<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	Povećani tek	<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	Nekontrolirano mokrenje pod pritiskom	<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	Vrtoglavica	<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	Povećano znojenje	<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	Gubitak seksualnog nagona	<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	Umanjena fizička izdržljivost	<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	Iritacija kože	<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

Molimo da se vratite natrag na pitanja koje ste upravo odgovorili i uvjerite se da niste preskočili nijednu stavku

Hvala što ste odgovorili na ova pitanja!