

# Kesihatan - *dan* - Kesejahteraan Anda

## **Borang Tinjauan Mengenai Gejala Yang Berkaitan Dengan Berat Badan (WRSM)**

Borang tinjauan ini meminta pandangan anda tentang kesihatan dan berat badan anda.



***Terima kasih kerana melengkapkan borang  
tinjauan ini!***

## **Arahan untuk melengkapkan borang tinjauan mutu hidup oleh peserta kajian**

---

- 1) Borang tinjauan ini adalah penting untuk penilaian perubatan keseluruhan anda. Soalan-soalannya telah disusun untuk mengumpul maklumat mengenai bagaimana kesihatan anda telah menjejaskan mutu hidup anda menurut pandangan anda sendiri.
- 2) Lengkapkan borang tinjauan ini dengan menggunakan pena mata bulat. Tekan dengan kuat dan tulis dengan kemas untuk memastikan jawapannya adalah terang dan boleh dibaca.
- 3) Sila luangkan masa untuk membaca dan menjawab setiap soalan dengan teliti. Sesetengah soalan mungkin kelihatan seperti yang lain, tetapi setiap satu adalah berbeza.
- 4) Sila jawab setiap soalan dengan menandakan ☐ di dalam kotak yang paling tepat menerangkan jawapan anda. Anda boleh menukar jawapan dengan meletakkan satu garisan (☐) merentasi pilihan yang ingin ditukar dan menandakan ☐ di dalam kotak yang sepadan dengan pilihan yang baru.
- 5) Tiada jawapan yang betul mahupun yang salah. Jika anda kurang pasti dengan cara untuk menjawab sesuatu soalan, sila berikan jawapan yang terbaik mungkin.
- 6) Jawapan anda adalah rahsia. Penyelaras kajian hanya akan memeriksa bahawa ia telah diisi dengan lengkap dan tidak akan berkongsi jawapan anda dengan kakitangan klinikal yang lain.

## Gejala Yang Berkaitan Dengan Berat Badan dan Sejah Mana Ia Mengganggu Anda

Untuk setiap soalan berikut, baca senarai gejala di bawah, dan tandakan ☒ di dalam satu kotak yang paling tepat menerangkan jawapan anda.

a. <u>Dalam masa 4 minggu yang lalu</u> , adakah anda mengalami gejala-gejala berikut?			b. Jika Ya, sejauh mana gejala-gejala ini mengganggu anda?						
Tiada	Ya	GEJALA	Tidak sama sekali	Jarang	Lebih kurang	Sederhana	Agak banyak	Sangat Banyak	Sangat banyak sekali
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sesak nafas	<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	Keletihan	<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	Masalah tidur	<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	Peka kepada sejuk	<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	Dahaga semakin bertambah	<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	Semakin cepat marah	<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	Sakit belakang	<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	Kerap buang air kecil	<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	Sakit pada sendi (pinggul, lutut, dll.)	<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	Penampungan air (di bawah kulit)	<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	Masalah tapak kaki dan buku lali	<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	Peka kepada panas	<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	Berdengkur	<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

*(Sila lihat muka surat sebelah)*

(Bersambung...)

a. Dalam masa 4 minggu yang lalu, adakah anda mengalami gejala-gejala berikut?			b. Jika Ya, sejauh mana gejala-gejala ini mengganggu anda?						
Tiada	Ya	GEJALA	Tidak sama sekali	Jarang	Lebih kurang	Sederhana	Agak banyak	Sangat Banyak	Sangat banyak sekali
<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	Selera bertambah	<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	Air kencing menitis keluar	<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	Pening-pening lalat	<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	Peluh yang bertambah	<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	Kehilangan nafsu seks	<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	Stamina fizikal yang menurun	<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	Masalah kulit (seperti ruam,dll.)	<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

*Sila pergi semula ke soalan-soalan yang baru sahaja dijawab untuk memastikan bahawa anda tidak tertinggal sebarang perkara.*

*Terima kasih kerana melengkapkan borang tinjauan ini!*