

Kwestionariusz symptomów DePaul2.0 (DSQ-2)

Proszę wypełnić poniższą ankietę

Dziękujemy

Numer ID pacjenta

Contact Information:

Sławomir Kujawski, Ph.D.

Department of Hygiene, Epidemiology,

Ergonomics and Postgraduate Education,

Ludwik Rydygier Collegium Medicum in

Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in

Torun, M. Skłodowskiej-Curie 9, Bydgoszcz

85-094, Poland, skujawski@cm.umk.pl

1 Ile masz wzrostu (w centymetrach)?

2 Ile ważysz (w kilogramach)?

3 Data urodzenia

Jeśli wpiszesz datę, użyj następującego formatu: mm-dd-rrrr

4 Płeć

- kobieta
- mężczyzna
- inna

5 Do której z poniższych ras należysz? (Wybierz odpowiedź, klikając wewnątrz pola)

- Czarny, Afroamerykanin
- Biały
- Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski
- Mieszkaniec Azji lub Pacyfiku
- Inna

6 Czy jesteś pochodzenia latynoskiego lub hiszpańskiego?

- tak
- nie

7 Jaki jest Twój obecny stan cywilny?

- Żonaty lub mieszkający z partnerem
- W separacji
- Wdowiec
- Rozwiedziony
- Nigdy nie zawarłem/am związku małżeńskiego

8 Czy masz dzieci?

- tak
- nie

9 Ile osób mieszka w Twoim domu? Wpisz cyfrę (nie liczebnik)

10 Jaki jest Twój stopień ukończonej edukacji?

- Podstawowe
- Niepełne średnie
- Średnie
- Co najmniej ukończony jeden rok studiów wyższych lub ukończenie specjalistycznego szkolenia
- Tytuł licencjata lub równoważny
- Tytuł magistra lub doktora

11 Jaki jest Twój obecny status zawodowy? Wybierz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- Mam przyznaną rentę dla osób niepełnosprawnych
- Student
- Gospodyni domowa
- Na emeryturze
- Bezrobotny/a
- Praca w niepełnym wymiarze godzin
- Praca na pełny etat

12 Jaki jest Twój obecny zawód?

a. Jeśli obecnie nie pracujesz, jaki był Twój ostatni zawód?

W przypadku poniższych pytań chcielibyśmy wiedzieć, jak często miałeś każdy objaw i jak bardzo każdy objaw przeszkadzał Ci w ciągu **ostatnich 6 miesięcy**. Dla każdego objawu wybierz jedną liczbę określającą częstotliwość i jedną liczbę określającą nasilenie.

13 Zmęczenie / skrajne wyczerpanie

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwał / a Pan / i zmęczenie / skrajne wyczerpanie?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci zmęczenie / skrajne wyczerpanie?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

14 Uczucie ogromnej słabości/ciężkości, jakby kończyny zostały „wyłączone” po rozpoczęciu ćwiczeń

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś uczucie ogromnej słabości/ciężkości, jakby kończyny zostały „wyłączone” po rozpoczęciu ćwiczeń?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie ogromnej słabości/ciężkości, jakby kończyny zostały „wyłączone” po rozpoczęciu ćwiczeń?

0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

15 Ból lub zmęczenie następnego dnia po nieintensywnych, codziennych czynnościach

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często odczuwałeś/aś bolesność lub zmęczenie następnego dnia po nieintensywnych, codziennych czynnościach?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzał Ci ból lub zmęczenie następnego dnia po nieintensywnych, codziennych czynnościach?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

16 Zmęczenie psychiczne po najmniejszym wysiłku

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy czułeś się psychicznie zmęczony po najmniejszym wysiłku?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie zmęczenia psychicznego po najmniejszym wysiłku w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

- 0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

17 Minimalna dawka ćwiczeń powoduje zmęczenie fizyczne

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często minimalna dawka ćwiczeń powodowała fizyczne zmęczenie?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci zmęczenie spowodowane minimalną dawką ćwiczeń?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

18 Jesteś fizycznie wyczerpany/a lub chory/a po aktywności o niskiej intensywności

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy czułeś się fizycznie wyczerpany lub chory po niskiej aktywności?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie fizycznego wyczerpania lub bycia chorym po aktywności o niskiej intensywności?

- 0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

19 Brak poczucia bycia wypoczętym po przebudzeniu rano

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często nie czułeś się wypoczęty po przebudzeniu się rano?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci brak bycia wypoczętym po przebudzeniu się rano w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

20 Potrzeba codziennej drzemki

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy musiałeś codziennie drzemać?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci codzienna drzemka?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

21 Problemy z zasypianiem

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś problemy z zasypianiem?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzały Ci problemy z zasypianiem w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

22 Problemy z przebudzaniem się w trakcie snu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś problemy z przebudzaniem się w trakcie snu

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci z przebudzanie się w trakcie snu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

23 Wstawanie wczesnie rano (np. o 3:00 nad ranem)

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często budziłeś się wczesnie rano (np. o 3 nad ranem)?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci wstawanie wczesnie rano (np. o 3 nad ranem) w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

24 Spanie cały dzień i nie spanie przez całą noc

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często spałeś przez cały dzień i nie spałeś całą noc?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: ile w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzało Ci spanie przez cały dzień i nie spanie przez całą noc?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

25 Ból lub dyskomfort mięśni

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś ból lub dyskomfort mięśni?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci dyskomfort, bóle mięśni?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

26 Ból / sztywność / tkliwość w więcej niż jednym stawie bez obrzęku lub zaczerwienienia

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś ból / sztywność / tkliwość w więcej niż jednym stawie bez obrzęku lub zaczerwienienia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzał Ci ból / sztywność / tkliwość w więcej niż jednym stawie bez obrzęku lub zaczerwienienia?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

27 Ból oczu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś ból oczu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzał Ci ból oczu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

28 Ból w klatce piersiowej

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś ból w klatce piersiowej?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzał Ci ból w klatce piersiowej w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

29 Wzdęcia

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś wzdęcia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci wzdęcia?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

30 Ból brzucha / żołądka

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś bóle brzucha / żołądka?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzał Ci ból brzucha / żołądka w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

31 Bóle głowy

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś ból głowy?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo dokuczały Ci bóle głowy w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

32 Drżenie/niekontrolowane skurcze mięśni

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często odczuwałeś drżenie/niekontrolowane skurcze mięśni?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzało Ci drżenie/niekontrolowane skurcze mięśni w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

33 Osłabienie mięśni

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś osłabienie mięśni?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzało Ci osłabienie mięśni?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

34 Wrażliwość na hałas

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś / aś wrażliwość na hałas?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci wrażliwość na hałas w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

35 Wrażliwość na jasne światło

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś / aś wrażliwość na jasne światło?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzała Ci wrażliwość na jasne światło w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

36 Problemy z zapamiętywaniem rzeczy

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś problemy z zapamiętywaniem rzeczy?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzały Ci problemy z zapamiętywaniem w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

37 Trudność w skupieniu uwagi przez długi czas

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś trudności ze skupieniem uwagi przez długi czas?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci niemożność skupienia uwagi przez długi czas?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

38 Trudność ze znalezieniem właściwego słowa w trakcie mówienia/wyrażenia myśli

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś trudności ze znalezieniem właściwego słowa w trakcie mówienia/wyrażenia myśli?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci znalezienie odpowiedniego słowa w trakcie mówienia/wyrażenia myśli w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

39 Trudność w zrozumieniu rzeczy

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś trudności ze zrozumieniem rzeczy?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzało Ci w ciągu ostatnich 6 miesięcy trudności ze zrozumieniem?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

40 Możliwość skupienia się tylko na jednej rzeczy naraz

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy byłeś w stanie skupić się tylko na jednej rzeczy naraz?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci możliwość skupienia się tylko na jednej rzeczy naraz?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

41 Trudności w skupieniu wzroku

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie byłeś w stanie skupić swojego wzroku?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci niezdolność do skupienia wzroku?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

42 Niezdolność do skupienia uwagi

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie byłeś w stanie skupić swojej uwagi?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci niezdolność do skupienia uwagi w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

43 Utrata percepcji głębi

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często traciłeś percepcję głębi?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci utrata percepcji głębi?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

44 Spowolnienie myślenia

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś spowolnienie swoich myśli?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci spowolnienie myśli w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

45 Roztargnienie lub zapominanie

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często zdarzało Ci się zapominać/być roztargnionym?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci roztargnienie/zapominanie?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

46 Problemy z pęcherzem

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś problemy z pęcherzem?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzały Ci problemy z pęcherzem w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

47 Problemy z drażliwym jelitem

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś problemy z drażliwym jelitem?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzały Ci problemy z drażliwym jelitem?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

48 Nudności

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałaś nudności?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo dokuczały Ci nudności w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

49 Czujesz się niepewnie na nogach, jakbyś mógł upaść

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często czułeś się niepewnie na nogach, jakbyś mógł upaść?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie niepewności na nogach, jakbyś miał upaść?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

50 Zadyszka lub kłopoty ze złapaniem oddechu

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś zadyszkę lub problemy ze złapaniem oddechu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci zadyszka lub problemy ze złapaniem oddechu?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

51 Zawroty głowy lub omdlenia

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś zawroty głowy lub omdlenia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci zawroty głowy lub omdlenia?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

52 Nieregularne bicie serca

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często odczuwałeś/aś nieregularne bicie serca?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci nieregularne bicie serca w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

53 Spadek masy ciała bez zamierzonego odchudzenia

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odnotowałeś/aś spadek masy ciała bez zamierzonego odchudzenia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak intensywny był niezamierzony spadek masy ciała w ciągu 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

54 Niezamierzone przybieranie masy ciała

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często przybierałeś/aś na wadze w niezamierzony sposób?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy jak intensywne było niezamierzone przybranie masy ciała?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

55 Brak apetytu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miałeś apetytu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo intensywny był brak apetytu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

56 Pocenie się rąk

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy twoje ręce się pocily?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzało Ci pocenie się rąk w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

57 Nocne poty

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś / aś nocne poty?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo dokuczały Ci nocne poty w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

58 Zimne kończyny (np. ramiona, nogi, dłonie)

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś/aś zimne kończyny (np. ręce, nogi, dłonie)?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci zimne kończyny (np. ramiona, nogi, dłonie) w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

59 Uczucie dreszczy lub gęsiej skórki

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś dreszcze lub miałeś gęsią skórkę?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przez ostatnie 6 miesięcy dręczyły Cię dreszcze lub to, że miałeś gęsią skórkę?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

60 Uczucie gorąca lub zimna bez powodu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy było Ci gorąco lub zimno bez powodu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo natężone było uczucie gorąca lub zimna bez powodu?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

61 Odczucie wysokiej temperatury

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś / aś wrażenie że masz wysoką temperaturę?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzała Ci uczucie, że masz wysoką temperaturę w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

62 Odczucie niskiej temperatury

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często czułeś się, jakbyś miał niską temperaturę?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie, że masz niską temperaturę?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

63 Nietolerancja alkoholu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś/aś nietolerancję alkoholu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci nietolerancja alkoholu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy unikałeś alkoholu z powodu nietolerancji alkoholu (mdłości po wypiciu alkoholu)?

tak

nie, piłem alkohol

nie, nie piję alkoholu z innych powodów

64 Ból gardła

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś ból gardła?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy dokuczał Ci ból gardła?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

65 Tkliwe / obolałe węzły chłonne

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często miałeś tkliwe / obolałe węzły chłonne?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzały Ci tkliwe / obolałe węzły chłonne w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

66 Gorączka

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś gorączkę?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzała Ci gorączka?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

67 Objawy grypopodobne

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś objawy grypopodobne?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzały Ci objawy grypopodobne?

0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

68 Niektóre zapachy, żywność, leki lub substancje chemiczne powodują złe samopoczucie

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często niektóre zapachy, żywność, leki lub substancje chemiczne wywoływały u Ciebie złe samopoczucie?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadza ci złe samopoczucie wywołane zapachami, jedzeniem, lekami lub substancjami chemicznymi?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

69 Serce bije szybko po wstaniu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy Twoje serce zaczynało szybko bić po wstaniu?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci szybkie bicie serca po wstaniu?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

70 Niewyraźne lub tunelowe widzenie po wstaniu

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś niewyraźnego lub tunelowego widzenia po wstaniu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci niewyraźne lub tunelowe widzenie po wstaniu?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

71 Mroczki, ciemność w oczach po wstaniu

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często po wstawaniu wystąpiły mroczki, ciemność w oczach po wstaniu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci mroczki, ciemność w oczach po wstaniu?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

72 Wrażliwość na pleśń

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś wrażliwości na pleśń?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci wrażliwość na pleśń w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

73 Nietolerancja skrajnych temperatur

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś nietolerancji na bardzo wysokie lub bardzo niskie temperatury?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci nietolerancja na ekstremalne temperatury?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

74 Infekcje wirusowe z przedłużonymi okresami powrotu do zdrowia

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś infekcji wirusowych z przedłużonymi okresami powrotu do zdrowia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci infekcje wirusowe z przedłużonymi okresami powrotu do zdrowia?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

75 Zmęczenie mięśni po mało niewielkiej aktywności fizycznej

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś zmęczenia mięśni po niewielkiej aktywności fizycznej?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci zmęczenie mięśni niewielkiej aktywności fizycznej?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

76 Nasilenie objawów po niewielkiej aktywności fizycznej

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczyłeś pogorszenia objawów związanych ze zmęczeniem po niewielkiej aktywności fizycznej?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci nasilenie objawów zmęczenia po niewielkiej aktywności fizycznej?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

77 Nasilenie objawów po niewielkiej aktywności umysłowej

Częstotliwość: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często doświadczałeś pogorszenia objawów związanych ze zmęczeniem po niewielkiej aktywności umysłowej?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci nasilenie objawów zmęczenia po niewielkiej aktywności umysłowej?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

78 Uczucie dezorientacji

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy czułeś się zdezorientowany?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzało Ci uczucie dezorientacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

79 Spowolniona mowa

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś spowolnienia mowy?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci spowolnienie mowy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

80 Trudności w czytaniu (dysleksja) po niewielkiej aktywności fizycznej lub umysłowej

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś trudności z czytaniem po niewielkiej aktywności fizycznej lub umysłowej?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzały Ci trudności z czytaniem po niewielkiej aktywności fizycznej lub umysłowej?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

81 Ból oczu lub za oczami

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś bólu oczu lub bólu za oczami?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzał Ci ból oczu lub ból za oczami?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

82 Wrażliwość na ból

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś wrażliwości na ból?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci wrażliwość na ból w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

83 Ucisk na części ciała powoduje ból w innych częściach ciała

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy ucisk na części ciała powodował ból w innych częściach ciała?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzało Ci to, że ucisk na części ciała powoduje ból w innych częściach ciała?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

84 Senność w ciągu dnia

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś / aś senności w ciągu dnia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszkadzała Ci senność w ciągu dnia?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

85 Wrażliwość na wibracje

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś wrażliwości na wibracje?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci wrażliwość na wibracje w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

86 Słaba koordynacja

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś słabej koordynacji?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci słaba koordynacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

87 Infekcje zatok

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś infekcji zatok?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: jak bardzo przeszkadzały Ci infekcje zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

88 Pilna potrzeba oddania moczu

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często występowała pilna potrzeba oddania moczu?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak bardzo przeszkadzała Ci pilna potrzebę oddawania moczu?

0 = objaw nie występuje

- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

89 Budzenie się w nocy, ponieważ musisz oddać mocz

Częstotliwość: w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często zdarzało Ci się budzić się w nocy z powodu potrzeby oddania moczu?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy jak bardzo przeszkadzało Ci budzenie się w nocy z powodu konieczności oddawania moczu?

- 0 = objaw nie występuje
- 1 = łagodny
- 2 = umiarkowany
- 3 = intensywny
- 4 = bardzo intensywny

90 Niezdolność do tolerowania pozycji pionowej

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczałeś niezdolności do tolerowania pozycji pionowej?

- 0 = nigdy
- 1 = od czasu do czasu
- 2 = mniej więcej połowa czasu
- 3 = przez większość czasu
- 4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzała Ci niezdolność do tolerowania pozycji pionowej w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

- 0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

91 Wahania temperatury w ciągu dnia

Częstotliwość: Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś/aś wahania temperatury w ciągu dnia?

0 = nigdy

1 = od czasu do czasu

2 = mniej więcej połowa czasu

3 = przez większość czasu

4 = cały czas

Nasilenie: Jak bardzo przeszkadzało Ci odczucie wahań temperatury w ciągu dnia w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

0 = objaw nie występuje

1 = łagodny

2 = umiarkowany

3 = intensywny

4 = bardzo intensywny

92 Czy zawsze miałeś uporczywe lub powtarzające się problemy ze zmęczeniem / brakiem energii, nawet z najwcześniejszych wspomnień z dzieciństwa? (Przez uporczywe lub powtarzające się rozumiemy, że problemy ze zmęczeniem / energią są zwykle ciągłe i niezmiennie, ale czasami są dobre i złe okresy).

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / brakiem energii

93 Odkąd zaczęła się Twoja choroba związana ze zmęczeniem / brakiem energii, czy bóle głowy występują częściej, są gorsze lub bardziej dotkliwe, czy też występują w innym miejscu/lokalizacji?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

94 Jak dawno zaczął się Twój problem ze zmęczeniem / energią?

Mniej niż 6 miesięcy

6-12 miesięcy

1-2 lata

Dłużej niż 2 lata

Miałem/am problem ze zmęczeniem / energią od dzieciństwa lub w okresie dojrzewania

Brak problemu ze zmęczeniem / energią

95 Czy zdiagnozowano u Ciebie zespół chronicznego zmęczenia lub zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (CFS lub ME)?

tak

nie

96 Czy masz obecnie zdiagnozowany zespół chronicznego zmęczenia lub zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (CFS lub ME)?

tak

nie

97 Czy u któregoś z członków Twojej rodziny zdiagnozowano zespół chronicznego zmęczenia lub zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (CFS lub ME)?

tak

nie

98 Czy doświadczałeś regularnie i wielokrotnie któregoś z poniższych objawów w miesiącach i latach poprzedzających rozpoczęcie problemów ze zmęczeniem / energią? (Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi)

Ból gardła

Wrażliwe / bolesne węzły chłonne

Nieefektywny sen

Upośledzona pamięć i koncentracja

Długotrwałe zmęczenie po wysiłku fizycznym lub psychicznym

Ból mięśni

Bóle głowy

Ból stawu

Brak problemu ze zmęczeniem / energią

99 Jeśli odpoczywasz, czy znikają problemy ze zmęczeniem / energią?

Całkowicie

Częściowo

Odpoczynek nie poprawia mojego problemu zmęczenia / energii

Nie mam problemu ze zmęczeniem / energią

100 Gdybyś był wyczerpany po aktywnym uczestnictwie w zajęciach pozalekcyjnych, sporcie lub spotkaniach z przyjaciółmi, czy doszedłbyś do siebie w ciągu godziny lub dwóch po zakończeniu zajęć?

tak

nie

101 Czy zmniejszasz poziom swojej aktywności, aby uniknąć problemów ze zmęczeniem / energią?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

102 Czy odczuwasz pogorszenie stanu zmęczenia / choroby związanej z energią po wykonaniu minimalnego wysiłku fizycznego?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

103 Czy odczuwasz pogorszenie stanu zmęczenia / choroby związanej z energią po podjęciu wysiłku umysłowego?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

104 Czy obecnie wykonujesz jakąkolwiek formę ćwiczeń?

tak

nie

105 Gdybyś wykonywał ćwiczenia lub intensywną aktywność, czy czułbyś się fizycznie wyczerpany lub chory?

tak

nie

106 Jak długo rozwijała się Twoja choroba związana ze zmęczeniem / energią?

W ciągu 24 godzin

Ponad 1 tydzień

Ponad 1 miesiąc

Ponad 2-6 miesięcy

Ponad 7-12 miesięcy

Ponad 1-2 lata

Ponad 3 lub więcej lat

Nie jestem chora

107 Jak opisałbyś przebieg swojej choroby związanej ze zmęczeniem / energią?

Ciągle się pogarsza

Ciągle się poprawia

Trwałe (bez zmian)

Nawracające i ustępujące okresy (posiadanie „dobrych” okresów bez objawów i „złych” okresów)

Zmienne (objawy okresowo ulegają poprawie i nasilają się, ale nigdy nie znikają całkowicie)

Brak objawów / Nie jestem chory

108 Które stwierdzenie najlepiej opisuje Twoją chorobę związaną ze zmęczeniem / energią w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

Nie jestem w stanie pracować ani nic robić, jestem przykuty do łóżka

Mogę chodzić po domu, ale nie mogę wykonywać lekkich prac domowych

Potrafię wykonywać lekkie prace domowe, ale nie mogę pracować w niepełnym wymiarze godzin

Mogę pracować tylko w niepełnym wymiarze godzin w pracy lub nad niektórymi obowiązkami rodzinnymi

Mogę pracować na pełny etat, ale nie mam energii na nic innego

Mogę pracować na pełny etat i zakończyć niektóre obowiązki rodzinne, ale nie mam energii na nic innego

Poziom mojej energii nie stanowi problemu w wykonywaniu żadnych obowiązków zawodowych lub rodzinnych

109 Czy od początku choroby związanej ze zmęczeniem / energią przestałaś chorować na przeziębienie lub grypę?

Tak, przestałam chorować na przeziębienie lub grypę

Nie, nadal choruję na przeziębienie lub grypę

Nie jestem pewien, czy nastąpiła zmiana w tym, czy choruję na przeziębienie czy grypę

Nie mam choroby związanej ze zmęczeniem / energią

110 Czy Twoja choroba związana ze zmęczeniem / energią zaczęła się po wystąpieniu któregośkolwiek z poniższych objawów? (Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi)

Choroba zakaźna

Wypadek

Wycieczka lub wakacje

Szczepienie

Operacja

Poważny stres (złe lub nieszczęśliwe wydarzenie)

Inny

Nie jestem chora/y

111 Czy kiedykolwiek konsultowałeś się z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia w sprawie swojego problemu związanego ze zmęczeniem / energią?

tak

nie

112 Czy obecnie istnieje lekarz, który nadzoruje Twój problem zmęczenia / braku energii?

tak

nie

113 Czy cierpisz na jakąkolwiek chorobę (choroby), która może powodować Twoje objawy?

tak

nie

114 Czy obecnie bierzesz jakieś leki (bez recepty lub na receptę)?

tak

nie

115 Czy uważasz, że jakiś lek (leki) powoduje (-ją) Twój problem ze zmęczeniem / brakiem energii?

tak

nie

nie mam problemu ze zmęczeniem / energią

116 Czy kiedykolwiek zostałeś zdiagnozowany i / lub leczony z powodu któregoś z poniższych (zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi):

Zaburzenie depresyjne

Zaburzenia depresyjne z cechami melancholijnymi lub psychotycznymi

Choroba afektywna dwubiegunowa (depresja maniackalna)

Zaburzenia lękowe

Schizofrenia

Zaburzenia jedzenia

Nadużywanie substancji

Wiele nadwrażliwości na substancje chemiczne

Fibromialgia

Alergie

Inne

Brak diagnozy / leczenia

117 Jak myślisz, co jest przyczyną Twojego problemu ze zmęczeniem / energią?

Zdecydowanie fizyczne

Głównie fizyczne

Równie fizyczne i psychiczne

Głównie psychologiczne

Zdecydowanie psychologiczne

Nie mam problemu ze zmęczeniem / energią

118 Czy uważasz, że coś konkretnego w Twoim życiu osobistym lub środowisku wyjaśnia Twój problem ze zmęczeniem / brakiem energii?

tak

nie

nie mam problemu ze zmęczeniem / energią

119 W ciągu ostatnich 4 tygodni, w przybliżeniu, ile godzin w tygodniu poświęciłeś na:

a. Działania związane z gospodarstwem domowym? (godzin na tydzień):

Wpisz liczby (np.0), a nie słowa (np. Zero).

b. Działania związane z rekreacją / innymi ludźmi? (godzin na tydzień):

Wpisz liczby (np.0), a nie słowa (np. Zero).

c. Zajęcia związane z rodziną? (godzin na tydzień):

Wpisz liczby (np.0), a nie słowa (np. Zero).

d. Działania związane z pracą? (godzin na tydzień):

Wpisz liczby (np.0), a nie słowa (np. Zero).

120 Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni musiałeś zmniejszyć liczbę godzin, które wcześniej (przed chorobą) spędzałeś na pracy zawodowej, zajęciach towarzyskich lub rodzinnych ze względu na swoje zdrowie lub problemy ze zmęczeniem / energią?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

121

Proszę ocenić ilość energii, jaką dysponowałeś wczoraj, używając skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak energii, a 100 = poziom energii sprzed choroby.

(Jeśli nie masz choroby związanej ze zmęczeniem / energią, 100 punktów = posiadanie dużej ilości energii, takiej, że możesz pracować w pełnym wymiarze godzin i wypełniać obowiązki rodzinne)

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

122 Proszę ocenić ilość energii, którą wydałeś (zżyłeś) wczoraj, używając skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak energii, a 100 = poziom energii sprzed choroby.

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

123 Oceń stopień zmęczenia, które odczuwałeś/aś wczoraj, używając skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak zmęczenia, a 100 = poważne zmęczenie.

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

124 Proszę ocenić ilość dostępnej energii w ciągu ostatniego tygodnia, używając skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak energii, a 100 = poziom energii sprzed choroby.

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

125 W ciągu ostatniego tygodnia oceń ilość energii, jaką wydałeś (wykorzystałeś) za pomocą skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak energii, a 100 = poziom energii sprzed choroby.

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

126 Oceń stopień zmęczenia w ciągu ostatniego tygodnia, korzystając ze skali od 1 do 100, gdzie 1 = brak zmęczenia, a 100 = poważne zmęczenie.

Wpisz liczby (np. 1), a nie słowa (np. Jeden).

127 Czy od momentu pojawienia się problemów ze zmęczeniem / brakiem energii objawy spowodowały zmniejszenie poziomu aktywności o 50% lub więcej?

tak

nie

brak problemu ze zmęczeniem / energią

128 Czy doświadczasz częstych infekcji wirusowych z przedłużonymi okresami powrotu do zdrowia?

tak

nie

129 Czy nie tolerujesz ekstremalnych temperatur (kiedy jest bardzo gorąco lub zimno)?

tak

nie