

EORTC QLQ-CR29

Numero di identificazione del paziente nello studio:

Data della chirurgia:

Tipo di intervento:

Durante la scorsa settimana:		Per niente	Un po'	Abbastanza	Spesso
31	Ha urinato frequentemente durante il giorno?	1	2	3	4
32	Ha urinato frequentemente durante la notte?	1	2	3	4
33	Hai avuta una perdita non intenzionale di urine?	1	2	3	4
34	Hai avuto dolore urinando?	1	2	3	4
35	Hai avuto dolore addominale?	1	2	3	4
36	Hai avuto dolore a livello gluteo/dell'ano / del retto?	1	2	3	4
37	Hai avuto sensazione di gonfiore a livello addominale?	1	2	3	4
38	Hai visto sangue nelle tue feci?	1	2	3	4
39	Hai visto mucho nelle tue feci	1	2	3	4
40	Hai avuto sensazione di bocca secca?	1	2	3	4
41	Hai perso capelli come conseguenza del tuo trattamento?	1	2	3	4
42	Hai avuto problema con il senso del gusto?	1	2	3	4
43	Sei stato/a preoccupata della tua salute futura?	1	2	3	4
44	Sei stato/a preoccupato/a del tuo peso?	1	2	3	4
45	Ti sei sentito/a meno attraente come conseguenza dell'intervento o della tua terapia?	1	2	3	4
46	Ti sei sentito meno femminile/meno uomo come conseguenza dell'intervento o della tua terapia?	1	2	3	4
47	Sei stata insoddisfatta del tuo corpo?	1	2	3	4
48	Hai una stomia (colostomia/ileostomia)?	Sì	No		

Rispondi a queste domande SOLO SE HAI UNA STOMIA, Se no continua nel box successivo:

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Spesso
49	Hai sperimentato un fuoriuscita di gas/flatulenze dalla tua stomia?	1	2	3	4
50	Hai avuto una perdita di feci dalla tua sacca di stomia?	1	2	3	4
51	Hai avuto un'infezione della cute intorno allá stomia?	1	2	3	4
52	Ci sono stati frequenti cambi di sacca durante il giorno?	1	2	3	4
53	Ci sono stati frequenti cambi di sacca durante la notte?	1	2	3	4
54	Hai sentito imbarazzo a causa della stomia?	1	2	3	4
55	Hai avuto problema nel gestire la stomia?	1	2	3	4

Rispondi a queste domande SOLO SE TU NON HAI LA STOMIA

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Spesso
49	Hai sperimentato un fuoriuscita di gas/flatulenze dall'ano?	1	2	3	4
50	Hai avuto una perdita involontaria di feci dall'ano?	1	2	3	4
51	Hai avuto degli arrossamenti intorno alla tua regione perianale?	1	2	3	4
52	Hai frequenti movimenti intestinali durante il giorno?	1	2	3	4
53	Hai frequenti movimenti intestinali durante la notte?	1	2	3	4
54	Ti sei sentito imbarazzato a causa dei tuoi movimenti intestinali?	1	2	3	4

Nelle ultime 4 settimane:

Solo per UOMINI:		Per niente	Un po'	Abbastanza	Spesso
62	In quale misura sei interessato al sesso?	1	2	3	4
63	Hai avuto difficoltà ad ottenere o mantenere l'erezione?	1	2	3	4

Solo per DONNE:		Per niente	Un po'	Abbastanza	Spesso
64	In quale misura sei interessato al sesso?	1	2	3	4
65	Hai avuto discomfort o dolore durante il rapporto sessuale?	1	2	3	4