

Beoordeling van door de patiënt gerapporteerde resultaten KDQOL™ 35 Symptomenlijst

Wat is het doel van het onderzoek?

Dit deel van het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met artsen en hun patiënten. Het doel is het beoordelen van de kwaliteit van leven en de symptomen van patiënten met autonome hyperparathyroïdie (ziekte van de bij schildklieren).

Wat vraagt men mij te doen?

Voor dit onderzoek willen wij u vandaag vragen een vragenlijst in te vullen over uw gezondheid en over hoe u zich voelt. Zet voor elke vraag een 'X' in het vakje naast uw antwoord.

Vertrouwelijkheid van informatie

We vragen niet naar uw naam. Uw antwoorden zullen bij het rapporteren van de bevindingen van het onderzoek gecombineerd worden met de antwoorden van andere deelnemers. Alle informatie die identificatie van u mogelijk zou kunnen maken, zal als strikt vertrouwelijk worden beschouwd.

Welk voordeel zal ik hebben door deel te nemen?

De informatie die u verstrekt, zal ons vertellen wat u vindt van de zorgverlening die u krijgt en zal ons een beter begrip geven over de effecten van medische zorgverlening op de gezondheid van patiënten. Deze informatie zal bijdragen tot het evalueren van de zorgverlening die gegeven wordt aan patiënten met autonome hyperparathyroïdie (ziekte van de bij schildklieren).

Dank u voor het invullen van deze vragenlijst!

Deze vragen gaan over hoeveel u last had van bepaalde omstandigheden in de afgelopen 4 weken. Geef voor elke vraag het antwoord dat het dichtst aanleunt bij hoe u zich gevoeld hebt.

1. In de afgelopen 4 weken, in welke mate hebt u last gehad door elk van de volgende? [Markeer één vakje op elke regel]

	Helemaal geen last	Een beetje last	Redelijk wat last	Zeer veel last	Extreem veel last
A Droge huid?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B Jeukerige huid?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C Gebrek aan kracht?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D Vermoeidheid, zwakheid?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E Uitgeput?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F Spierpijn?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G Overmatige dorst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H Droge mond?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
I Gewrichtspijn?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
J Moeite met slapen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
K Snel blauwe plekken?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
L Slaperigheid overdag?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
M Krampen tijdens dialyse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
N Stijve gewrichten?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
P Rugpijn?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Q Gevoelloosheid in handen of voeten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Helemaal geen last	Een beetje last	Redelijk wat last	Zeer veel last	Extreem veel last
R Botpijn?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
S Spiersamentrekkingen? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
T Gebrek aan eetlust?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
U Hoofdpijn?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V Misselijkheid of een lichte maagstoornis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
W Lage bloeddruk?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
X Problemen met uw geheugen?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Y Kortademigheid?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Z Krampen na dialyse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AA Gevoel van flauwvallen of duizeligheid?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BB Het warmer of kouder hebben dan normaal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CC Concentratieproblemen? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DD Ademhalingsproblemen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EE Wazig zien?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FF Borstpijn?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
GG Opgezwollen enkels?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
HH Verlies van smaak?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
II Stolsels of andere problemen bij de toegangsplaats?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5