

# Vragenlijst

\* = verplicht, \*\* = verplicht door validatie regel

Versie: 2022-09-22 - (Interne code: proms-eortc-qlq-c30)

9

token

patient uri \*

organisation \*

.....

Demo

1

registration \*

moment \*

7

## Beantwoord de volgende vragen:

Heeft u moeite met het uitvoeren van inspannende activiteiten zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u moeite met het maken van een lange wandeling? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u moeite met het maken van een korte wandeling buitenshuis? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Moet u overdag in bed of op een stoel blijven? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

3

## Gedurende de afgelopen week:

Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Was u beperkt in het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Was u kortademig? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u pijn gehad? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Had u behoefte om te rusten? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u moeite met slapen gehad? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u zich slap gevoeld? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

4

Heeft u gebrek aan eetlust gehad? \*

Helemaal niet

Nogal

Een beetje

Heel erg

Heeft u zich misselijk gevoeld? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft u overgegeven? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Had u last van obstipatie? (was u verstopt?) *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Had u diarree? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Was u moe? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg

## 5

Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Voelde u zich gespannen? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Maakte u zich zorgen? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Voelde u zich prikkelbaar? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Voelde u zich neerslachtig? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw familielevens in de weg gestaan? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw sociale bezigheden? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg
Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht? *	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal	<input type="checkbox"/> Een beetje <input type="checkbox"/> Heel erg

## 6

### Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen? *	<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"/> 7	

### Hoe zou u uw algehele 'kwaliteit van het leven' gedurende de afgelopen week beoordelen?

Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen? *	<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"/> 7	

## System

Date started	
Date submitted *	
Status *	<input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Disqualified <input type="checkbox"/> Deleted
Source *	<input type="checkbox"/> Batch <input type="checkbox"/> QuestApp <input type="checkbox"/> Drupal <input type="checkbox"/> PatientQuest