

Prosimy o informację, jak często w ciągu ostatniego miesiąca poniższe problemy utrudniały Pani/Panu życie?

	Wcale	Rzadko	Sporadycznie	Często	Bardzo często
SKÓRA:					
a. Zmiany barwy skóry	0	1	2	3	4
b. Wysypki	0	1	2	3	4
c. Suchość skóry	0	1	2	3	4
d. Owrzodzenia skóry	0	1	2	3	4
e. Świąd skóry	0	1	2	3	4
OCZY I JAMA USTNA:					
f. Suchość oczu	0	1	2	3	4
g. Konieczność częstego stosowania kropli ocznych	0	1	2	3	4
h. Nieostre widzenie	0	1	2	3	4
i. Unikanie pewnych pokarmów z powodu bólu jamy ustnej	0	1	2	3	4
j. Owrzodzenia jamy ustnej	0	1	2	3	4
k. Żywienie pozajelitowe lub przez sondę dożołądkową	0	1	2	3	4
ODDYCHANIE:					
l. Częsty kaszel	0	1	2	3	4
m. Odkrztuszenie zabarwionej płwociny	0	1	2	3	4
n. Duszność przy wysiłku	0	1	2	3	4
o. Duszność w spoczynku	0	1	2	3	4
p. Konieczność stosowania tlenu	0	1	2	3	4
PRZYJMOWANIE POKARMÓW					
q. Trudność z połykaniem pokarmów stałych	0	1	2	3	4
r. Trudność z połykaniem pokarmów płynnych	0	1	2	3	4
s. Wymioty	0	1	2	3	4
t. Utrata masy ciała	0	1	2	3	4
MIĘSNIE I STAWY					
u. Bóle stawów i mięśni	0	1	2	3	4
v. Ograniczenie ruchomości stawów	0	1	2	3	4
w. Bóle mięśniowe	0	1	2	3	4
x. Osłabienie siły mięśni	0	1	2	3	4
OGÓLNA WYDOLNOŚĆ					
y. Utrata energii	0	1	2	3	4
z. Potrzeba snu w dzień	0	1	2	3	4
aa. Gorączka	0	1	2	3	4
PSYCHIKA I EMOCJE					
bb. Depresja/smutek	0	1	2	3	4
cc. Niepokój/lęk	0	1	2	3	4