

**HASTA ANKETİ (PRO)**

Değerli Hastamız,

MELODY çalışması kapsamında, hayat kalitesi ve meme cerrahinizle ilgili herhangi bir problem olup olmadığı ile ilgili çeşitli sorular sormak istiyoruz.

Bu soruları cevaplarken lütfen “doğru” veya “yanlış” diye düşünmeyin ve size uyan en iyi cevabı seçin.

Lütfen soruları başkalarından etkilenerek değil kendiniz cevaplayın ve soruları cevapsız bırakmamaya gayret edelim çünkü hepsi de eşdeğer önem taşımakta. Verdiğiniz bilgiler kesinlikle başkalarıyla paylaşılmayacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Lütfen bu anketi tamamladıktan sonra doktorunuza veya hemşirenize geri iade ediniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

**Ameliyat Tarihi:** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  
GÜN AY YIL

**Size cerrahi esnasında tümörünüzü lokalize etmek amaçlı memenizin içine bir tel yerleştirilmesi, lokalize edici bir madde enjeksiyonu veya boya (mürekkep) oldu mu?**

**EVET → 1-10 arası soruları cevaplarken bu işlem sonrası zamanı gözönüne alınız.**

**HAYIR →1-10 arası soruları cevaplarken ameliyat öncesi saatleri gözönüne alınız.**

**1. Hareket etme, yürüme, el yıkama, öksürme, nefes alma gibi aktivasyon esnasında hissettiğiniz ağrının şiddeti nasıldı?**

Lütfen size uyan rakamı yuvarlak içine alınız. “0”kesinlikle ağrı yok ve “10” en kuvvetli olarak hissettiğiniz ağrı şiddeti anlamına gelmektedir.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**2. Hissettiğiniz en şiddetli ağrıyı derecelendirir misiniz? ( en hafif “0”, en şiddetli “10”)**

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**3. Hissettiğiniz en hafif ağrıyı derecelendirir misiniz? ( en hafif “0”, en şiddetli “10”)**

## HASTA ANKETİ (PRO)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Şimdi size ağrıdan dolayı bozulan yani ağrı dolayısıyla mümkün olmayan veya büyük zorlukla olan aktivasyonlar hakkında sorular sormak istiyoruz.

4. Hareketle:  evet  hayır
5. Öksürmekle:  evet  hayır
6. Derin nefes almakla:  evet  hayır
7. Uyuma:  evet  hayır
8. Genel modunuzu ağrı etkiledi mi?  evet  hayır
9. Mide bulantısı hissettiniz mi?  evet  hayır
10. Baş dönmesi hissettiniz mi?  evet  hayır

**Aşağıdaki sorular anestezi ve ameliyatınız üzerine endişelerinizi değerlendirmek içindir. (Tüm sorular ameliyat öncesi zamana dairdir)**

	Kesinlikle değil			Aşırı şekilde	
	1	2	3	4	5
11. Anestezi dolayısıyla endişeliyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Anestezi hiç aklımdan çıkmıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mümkün olduğu kadar çok anestezi hakkında bilgi edinmek istiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ameliyat.dolayısıyla endişeliyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ameliyat hiç aklımdan çıkmıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mümkün olduğu kadar çok ameliyatım hakkında bilgi edinmek istiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>