

Patient Questionnaire (PRO)

3. Jak silny był najsłabszy ból, jakiego Pani doświadczyła?

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

Teraz chcielibyśmy poprosić Panią o odpowiedź na następujące pytania dotyczące czynności, które były upośledzone z powodu bólu, co oznacza, że dana czynność nie była możliwa do wykonania lub była możliwa tylko z dużym trudem.

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 4. Poruszanie się: | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5. Kaszel: | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 6. Głęboki oddech: | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 7. Sen: | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 8. Czy ból wpływał na Pani nastrój? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 9. Czy czuła Pani mdłości? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 10. Czy czuła Pani oszołomienie? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

Poniższe pytania dotyczą Pani obaw związanych ze znieczuleniem i zabiegiem.

Wszystkie pytania odnoszą się do czasu przed zabiegiem.

	Wcale			Skrajnie	
	1	2	3	4	5
11. Obawiałam się znieczulenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Znieczulenie nieustannie absorbowało moje myśli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Chciałam jak najwięcej dowiedzieć się na temat znieczulenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Obawiałam się zabiegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Zabieg nieustannie absorbował moje myśli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Chciałam jak najwięcej dowiedzieć się na temat zabiegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information for the Study Team:

Please transfer the above answers into the eCRF online.