

Formularz B część 1 Data badania \_\_\_\_\_ (Pan/Pani) Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Objawy	Objaw nieobecny <span style="float: right;">Najbardziej nasilony</span>											
Proszę określić jak ocenia Pani/Pan zaawansowanie poniżej wymienionych objawów w ciągu <b>ostatnich 7 dni</b> . Proszę zakreślić <b>jedno kółko</b> przy każdym z objawów w zależności od stopnia jego nasilenia: od <b>0</b> (brak jakichkolwiek dolegliwości) do <b>10</b> (najgorsze nasilenie objawu jakie tylko można sobie wyobrazić)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Świąd skóry	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Suchość w jamie ustnej	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ból w jamie ustnej	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wrażliwość jamy ustnej	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Oczy	Proszę wpisać jaka jest Pani/Pana główna dolegliwość związana z oczami?											
	Proszę ocenić jak ciężka jest powyższa wpisana przez Panią/Pana dolegliwość zaznaczając jedną liczbę od <b>0</b> (brak jakichkolwiek dolegliwości) do <b>10</b> (najgorsze nasilenie objawu jakie tylko można sobie wyobrazić).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Narządy płciowe (dotyczy kobiet)	Czy odczuwa Pani ból, dyskomfort, lub pieczenie w obrębie narządów płciowych?						<input type="radio"/> TAK					
	LUB Czy odczuwa Pani jakikolwiek dyskomfort bądź ból podczas współżycia?						<input type="radio"/> NIE					
							<input type="radio"/> NIE DOTYCZY					

Formularz B część 2 Data badania \_\_\_\_\_ (Pan/Pani) Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Całkowita ocena nasilenia przewlekłej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

1. Czy oceniłaby/oceniłby Pani/Pan swoją chorobę przeszczep przeciw gospodarzowi jako:

- 1 łagodną
- 2 umiarkowaną
- 3 ciężką?

2. Proszę zakreślić jedną liczbę wskazującą jak bardzo jest nasiloną Pani/Pana choroba przeszczep przeciw gospodarzowi. **0** oznacza brak objawów choroby a **10** największe możliwe do wyobrażenia nasilenie objawów:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2. W porównaniu do sytuacji **sprzed 1** miesiąca jak ocenia Pani/Pan swoją chorobę przeszczep przeciw gospodarzowi. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź. Czy obserwuje Pani/Pan:

- +3 znaczną poprawę
- +2 umiarkowaną poprawę
- +1 niewielką poprawę
- 0 brak istotnej zmiany
- 1 niewielkie pogorszenie
- 2 umiarkowane pogorszenie
- 3 znaczne pogorszenie

Należy dołączyć formularz oceny choroby wg Lee