

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

	Wcale	Rzadko	Sporadycznie	Często	Bardzo często
<b>SKÓRA:</b>					
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
<b>OCZY I JAMA USTNA:</b>					
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
<b>ODDYCHANIE:</b>					
l. Częsty kaszel	0	1	2	3	4
m. Odkrztuszenie zabarwionej plwociny	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
<b>PRZYJMOWANIE POKARMÓW</b>					
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
<b>MIĘSNIE I STAWY</b>					
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
<b>OGÓLNA WYDOLNOŚĆ</b>					
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
<b>PSYCHIKA I EMOCJE</b>					
bb. Depresja/smutek	0	1	2	3	4
cc. Niepokój/lęk	0	1	2	3	4