

Indledende spørgsmål

Hvad er din vægt i dag?

Angiv antal kg

Føler du dig klar til at få behandling?

- Ja
 Nej

Om din funktionsevne

Marker venligst det udsagn, som bedst beskriver dit nuværende aktivitetsniveau

- Jeg er fuldt aktiv og i stand til at udføre de samme aktiviteter som før kræftdiagnosen, uden nogen begrænsninger
- Jeg er begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men jeg er oppegående og kan klare eksempelvis ambulatoriebesøg, let husarbejde og kontorarbejde.
- Jeg er oppegående og kan klare mig selv, men jeg er ikke i stand til at udføre noget som helst arbejde. Jeg er oppe og aktiv i mere end halvdelen af de timer, jeg er vågen
- Jeg er i stand til at udføre den nødvendige selvpleje. Jeg har behov for hvile i en seng eller stol i mere end halvdelen af de timer, jeg er vågen
- Jeg har behov for døgndækkende pleje. Jeg kan intet klare

Om træthed

Siden seneste behandling...

Har du været plaget af træthed?

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget



Har træthed vanskeliggjort dine daglige gøremål?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Om åndenød

Har du mere åndenød end du plejer?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Om hoste

Hoster du mere end du plejer?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Om smerter

Siden seneste behandling...

Har du haft smerter?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Angiv hvor:

Er smerterne blevet værre?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Om føleforstyrrelser

Siden seneste behandling...

Har du haft føleforstyrrelser f.eks. stikken, prikken eller en sovende fornemmelse i hænder og/eller fødder

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Er dine føleforstyrrelser forsvundet nu?

- Ja
- Nej

Om kvalme

Siden seneste behandling...

Har du haft kvalme?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Hvornår startede kvalmen?

- Mindre end 1 døgn efter seneste behandling
- 1-5 døgn efter seneste behandling
- Mere end 5 døgn efter seneste behandling

Er kvalmen forsvundet nu?

- Ja
- Nej

Om opkastning

Siden seneste behandling...

Har du kastet op?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Kaster du stadig op?

- Ja
- Nej

Om hørelse

Siden seneste behandling...

Har du haft problemer med hørelsen? fx nedsat hørelse, susen eller hyletoner

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Beskriv dine gener:

Er dine gener med hørelsen forsvundet nu?

- Ja
- Nej

Om diarr

Siden seneste behandling...

Har du haft diarr?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Hvor mange dage havde du diarr?

- 1-3 dage
- 4-7 dage
- Mere end 7 dage

Hvor mange ekstra afføringer havde du pr døgn, da det var værst?

- 1-3 ekstra afføringer
- 4 eller flere ekstra afføringer

Har du stadig diarr

- Ja
- Nej

Om forstoppelse

Siden seneste behandling...

Har du haft forstoppelse?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Hvor mange dage var du forstoppet?

- 1-3 dage
- 4-7 dage
- Mere end 7 dage

Er du stadig forstoppet?

- Ja
- Nej

Om hudproblemer

Siden seneste behandling...

Har du haft hudproblemer f.eks. kløe, udslæt eller tør hud?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Angiv symptom(er)

- Udslæt
- Tør hud
- Kløe
- Andet

Beskriv venligst:

Sammenlignet med seneste behandling, har du haft...

- Færre gener
- Uændrede gener
- Flere gener

Om gener fra mundhulen

Siden seneste behandling...

Har du haft gener fra mundhulen

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Har du haft gener fra mundhulen i form af rødme?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Har du haft gener fra mundhulen i form af ømhed?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Har du haft gener fra mundhulen i form af blæner?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Har du haft gener fra mundhulen i form af hvide belægninger?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget



Har du haft gener fra mundhulen i form af mundtørhed?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Har du haft problemer med at spise og/eller drikke?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget

Afsluttende spørgsmål

Har du haft feber siden din seneste behandling?

- Ja
- Nej

Har du været indlagt siden din seneste behandling?

- Ja
- Nej

Har du haft andre bivirkninger, eller har du kommentarer til din besvarelse?