



Ifylld enkät skickas till:

Var vänlig fyll i dina initialer:.....

Personnummer:.....

Datum för ifyllande av enkät (År, månad, dag):.....

## EORTC QLQ – OG25

SWEDISH

Patienter berättar ibland att de har följande symptom. Markera i vilken utsträckning som Du har haft dessa symptom under Den senaste veckan. Svara genom att ringa in Den siffra som bäst passar in på Dig.

<b>Under veckan som gått:</b>	<b>Inte alls</b>	<b>Lite</b>	<b>En hel del</b>	<b>Mycket</b>
1. Har Du haft problem med att äta fast föda?	1	2	3	4
2. Har Du haft problem med att äta mosad mat?	1	2	3	4
3. Har Du haft problem med att dricka?	1	2	3	4
4. Har Du haft svårt att njuta av måltiderna?	1	2	3	4
5. Har Du tyckt att Du har blivit mätt alltför snabbt när Du har börjat att äta?	1	2	3	4
6. Har det tagit lång tid för dig att äta upp maten?	1	2	3	4
7. Har Du haft svårt att äta?	1	2	3	4
8. Har Du haft sur mage eller halsbränna?	1	2	3	4
9. Har Du haft besvär med sura uppstötningar eller galla i munnen?	1	2	3	4
10. Har Du känt obehag då Du äter?	1	2	3	4
11. Har Du haft smärta när Du äter?	1	2	3	4
12. Har Du haft smärta i magtrakten?	1	2	3	4
13. Har Du haft obehag i magtrakten?	1	2	3	4
14. Har Du funderat över Din sjukdom ?	1	2	3	4
15. Har Du oroat Dig för Din hälsa i framtiden?	1	2	3	4
16. Har Du haft svårt att äta inför andra människor?	1	2	3	4
17. Har Du varit torr i munnen?	1	2	3	4
18. Har Du haft problem med Ditt smaksinne?	1	2	3	4
19. Har Du känt Dig mindre attraktiv på grund av sjukdomen eller behandlingen?	1	2	3	4
20. Har Du haft svårt att svälja saliven?	1	2	3	4
21. Har Du 'satt i halsen' när Du svalt?	1	2	3	4
22. Har Du hostat?	1	2	3	4
23. Har Du haft svårt att tala?	1	2	3	4
24. Har Du oroat Dig för att Din vikt är för låg?	1	2	3	4
25. Besvara denna fråga endast om Du tappat hår: Blev Du illa berörd över hårförlusten	1	2	3	4