

**Kjære pasient,**  
Vi ber deg om å fylle ut dette spørreskjemaet i dag. Vi ønsker å vite hvordan du føler deg og hvor aktiv du klarer å være.

Vennlig kryss ut  eller fyll ut

**TAKK FOR HJELPEN!**

Pasient initialer: <sup>4</sup> de første 2 bokstavene i fornavnet ditt

de første 2 bokstavene i etternavnet ditt

Vekten din før du ble syk <sup>52</sup>    kg  Jeg vet ikke

Din nåværende (aktuelle) vekt <sup>52</sup>    kg  Jeg vet ikke

Har vektendringer vært med vilje eller ufrivillig?<sup>4</sup>

med vilje  ufrivillig  er stabil i vekt

Vennligst kryss av for det alternativ som passer best for deg i løpet av den siste uken: <sup>55</sup>

	ikke i det hele tatt	litt	en del	svært mye
Har du hatt smerter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du hatt behov for å hvile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg slapp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg deprimert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg trøtt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter påvirket dine daglige aktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du hatt dårlig matlyst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vennligst kryss av for det alternativ som passer best for deg akkurat nå: <sup>55</sup>

	ikke i det hele tatt	litt	en del	svært mye
Har du smerter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du behov for å hvile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler du deg slapp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler du deg deprimert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du trøtt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Påvirker smerter dine daglige aktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du dårlig matlyst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom matinntaket ditt har endret seg, hva er årsaken? <sup>10</sup>

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kvalme/oppkast      | <input type="checkbox"/> Forstoppelse               | <input type="checkbox"/> Blir fort mett/<br>manglende matlyst |
| <input type="checkbox"/> Betennelse i munnen | <input type="checkbox"/> Diaré                      | <input type="checkbox"/> Annet                                |
| <input type="checkbox"/> Smerter             | <input type="checkbox"/> Smak- eller luktforandring |   |

Hvilke av de følgende aktiviteter kan du utføre ved maksimum? (velg kun et alternativ) <sup>56</sup>

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> I stand til å utføre sportsaktiviteter   | <input type="radio"/> I stand til å kunne utføre egenomsorg           |
| <input type="radio"/> Fullt aktiv                              | <input type="radio"/> I stand til å kunne utføre begrenset egenomsorg |
| <input type="radio"/> I stand til å utføre lettere aktiviteter | <input type="radio"/> Begrenset til seng eller stol                   |

Bruker du noen tilskudd som ikke er skrevet ut av lege? <sup>10</sup>

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nei          | <input type="checkbox"/> Multivitaminer |
| <input type="checkbox"/> Urtete       | <input type="checkbox"/> Annen medisin  |
| <input type="checkbox"/> Kosttilskudd | <input type="checkbox"/> Annet          |

Utfører du noen av følgende aktiviteter? <sup>10</sup>

- |                                      |   |                                |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen       | <input type="checkbox"/> Meditasjon             | <input type="checkbox"/> Annet |
| <input type="checkbox"/> Psykoterapi | <input type="checkbox"/> Aktiv muskelavspenning |                                |
| <input type="checkbox"/> Yoga        | <input type="checkbox"/> Qigong                 |                                |

Er det vanskelig å overholde behandlingen? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke

Fikk du hjelp til å fylle ut spørreskjemaet? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke

Tro du at det vil ha relevant nytteverdi for deg å inkludere ernæring i behandlingen av kreftsykdommen? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke