





**JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)**

58 **9. Παίρνεις φάρμακα για τη θεραπεία της αρθρίτιδάς σου;** Ναι  Όχι

59 **Αν απάντησες «όχι», παρακαλούμε πήγαινε κατευθείαν στην ερώτηση 13.**

60 **Αν «ναι», παρακαλούμε απάντησε επίσης τις ερωτήσεις 10,11 και 12.**

61 **10. Ποια φάρμακα παίρνεις τώρα;**

62	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (πχ Algfren, Biofenac, Gantil, Naprosyn, Relifex, Voltaren)	<input type="checkbox"/>	Παρακαλούμε διευκρίνισε ποιο _____
63	Κορτικοστεροειδή (κορτιζόνη) (πχ Prezolon, Deltacortril, Medrol)	<input type="checkbox"/>	Παρακαλούμε διευκρίνισε ποιο _____
64	Μεθοτρεξάτη (πχ Methotrexate, Metoject, Emthexate)	<input type="checkbox"/>	Από το στόμα <input type="checkbox"/> Υποδόρια <input type="checkbox"/> Ενδομυικά <input type="checkbox"/>
65	Σουλφασαλαζίνη (πχ Salopyrine)	<input type="checkbox"/>	Κυκλοσπορίνη (πχ Neoral) <input type="checkbox"/>
66	Etanercept (Enbrel) <input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade) <input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira) <input type="checkbox"/>
67	Golimumab (Simponi) <input type="checkbox"/>	Certolizumab (Cimzia) <input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia) <input type="checkbox"/>
68	Anakinra (Kineret) <input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Tocilizumab (RoActemra) <input type="checkbox"/>	Άλλα ( διευκρίνισε ποια _____ ) <input type="checkbox"/>	
70	Άλλα (διευκρίνισε ποια _____) <input type="checkbox"/>	Άλλα (διευκρίνισε ποια _____) <input type="checkbox"/>	

71 **11. Από την τελευταία επίσκεψη ως σήμερα, είχες κάποια συμπτώματα που θα μπορούσαν να αποδοθούν στα φάρμακα που παίρνεις;** Ναι  Όχι

72 **Αν απάντησες «ναι», παρακαλούμε διευκρίνισε ποιο στον παρακάτω πίνακα:**

73	Πυρετός <input type="checkbox"/>		Πόνος στο στομάχι ή κάψιμο <input type="checkbox"/>
74	Πονοκέφαλος <input type="checkbox"/>		Ναυτία <input type="checkbox"/>
75	Εξάνθημα δέρματος <input type="checkbox"/>		Έμετοι <input type="checkbox"/>
76	Άφθες στο στόμα <input type="checkbox"/>		Δυσκοιλιότητα <input type="checkbox"/>
77	Ούλα διογκωμένα ή που αιμοραγούν <input type="checkbox"/>		Διάρροια <input type="checkbox"/>
78	Υπερτρίχωση σώματος <input type="checkbox"/>		Μαύρα ή αιματηρά κόπρανα <input type="checkbox"/>
79	Πρόσληψη βάρους <input type="checkbox"/>		Αιματουρία <input type="checkbox"/>
80	Απώλεια βάρους <input type="checkbox"/>		Διόγκωση, μελανιές, πόνος, ερυθρότητα κλπ στο σημείο της ένεσης <input type="checkbox"/>
81	Απότομες μεταπτώσεις / αλλαγές της διάθεσης (ευφορία, κατάθλιψη, άγχος) <input type="checkbox"/>		Άλλα (περίγραψε) _____ <input type="checkbox"/>
82	Διαταραχές ύπνου <input type="checkbox"/>		Άλλα (περίγραψε) _____ <input type="checkbox"/>

83 **12. Παίρνεις τα φάρμακά σου κανονικά στο σπίτι, δηλαδή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού;** Ναι  Όχι

84 **Εάν «όχι», γιατί;**

85	Αρνούμαι να τα πάρω <input type="checkbox"/>		Πάρα πολλές δόσεις μέσα στη μέρα <input type="checkbox"/>
86	Δυσκολίες στο να τηρήσω το χρονοδιάγραμμα (πχ προβλήματα με τη χορήγηση των φαρμάκων στο σχολείο) <input type="checkbox"/>		Φόβος για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων <input type="checkbox"/>
87	Παίρνω πάρα πολλά φάρμακα <input type="checkbox"/>		Άλλα (διευκρίνισε) _____ <input type="checkbox"/>

88 **Ποιο φάρμακο είναι πιο δύσκολο να χορηγηθεί τακτικά;** \_\_\_\_\_

89 **13. Παρακολουθείς το σχολείο;** Ναι  Όχι

90 **Αν ναι, ποια είναι τα προβλήματα που προκαλεί το νόσημα στην παρακολούθηση του σχολείου;**

91	Κανένα πρόβλημα <input type="checkbox"/>		Δυσκολία στις σχέσεις με τους δασκάλους <input type="checkbox"/>
92	Πολλές απουσίες <input type="checkbox"/>		Μειωμένη σχολική απόδοση <input type="checkbox"/>
93	Δυσκολία να παραμείνω καθιστός/ή για πολλή ώρα <input type="checkbox"/>		Άλλα (παρακαλούμε διευκρίνισε) _____ <input type="checkbox"/>

**JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)**

**94 14. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής**

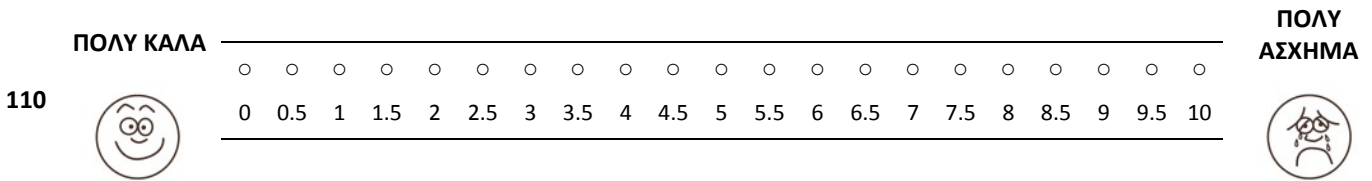
95 Παρακαλούμε να διαλέξεις την απάντηση που περιγράφει καλύτερα και συνολικά την υγεία σου.

96 Παίρνοντας υπόψη τις τελευταίες 4 εβδομάδες, θα θέλαμε να γνωρίζουμε αν:

97		Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Κάθε μέρα
98	1. Είχες κάποια δυσκολία στη φροντίδα του εαυτού σου, δηλαδή στο γεύμα, στο ντύσιμο ή στο πλύσιμο σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	2. Είχες κάποια δυσκολία στο να περπατήσεις για 15 λεπτά ή να ανεβείς τις σκάλες ενός ορόφου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	3. Είχες κάποια δυσκολία στο να εκτελέσεις δραστηριότητες που απαιτούν πολύ ενέργεια, όπως τρέξιμο, ποδόσφαιρο ή χορό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	4. Είχες κάποια δυσκολία στο να εκτελέσεις τις σχολικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες με φίλους σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	5. Είχες καθόλου πόνο ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	6. Ένοιωθες λυπημένος/η ή δυστυχισμένος/η;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	7. Ενεργούσες νευρικά ή είχες άγχος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	8. Είχες πρόβλημα στη συναναστροφή σου με τα άλλα παιδιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	9. Δυσκολευόσουν να συγκεντρωθείς ή να εστιάσεις κάπου την προσοχή σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	10. Αισθανόσουν δυσαρεστημένος/η από την εμφάνισή σου ή τις ικανότητές σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108 **15. Παίρνοντας υπόψη όλους τους τρόπους με τους οποίους το νόσημα σε επηρεάζει, παρακαλούμε να αξιολογήσεις πως αισθάνεσαι αυτή τη στιγμή**

109 (διάλεξε το πιο κατάλληλο σκορ)



111 **16. Παίρνοντας υπόψη όλους τους τρόπους με τους οποίους το νόσημα σε επηρεάζει, θα ήσουν ευχαριστημένος/η, εάν παρέμενες στην ίδια κατάσταση για τους επόμενους μήνες;**

112 

Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

113 Σε ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο που δίεθεσες να συμπληρώσεις αυτό το ερωτηματολόγιο.

114 Όλες οι πληροφορίες που μας έδωσες θα είναι πολύ χρήσιμες για να παρακολουθήσουμε τις αλλαγές στην πορεία του νοσήματός σου, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

115 Οι πληροφορίες αυτού του ερωτηματολογίου θα παραμείνουν απολύτως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για κλινικές και ερευνητικές δραστηριότητες.

116 Όλα τα δεδομένα θα επεξεργαστούν ανώνυμα.

117 Παρακαλούμε να δηλώσεις αν μας δίνεις ή όχι την συγκατάθεσή σου (εξουσιοδοτείς, επιτρέπεις) να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες αυτού του ερωτηματολογίου με τις απαντήσεις σου για επιστημονικούς σκοπούς.

118 

<b>Εξουσιοδοτώ (Δίνω τη συγκατάθεσή μου, επιτρέπω)</b>	<b>Δεν εξουσιοδοτώ (Δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου, δεν επιτρέπω)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

119 Επίθετο και όνομα ασθενούς ή Αρχικά (Παρακαλούμε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ) \_\_\_\_\_

120 Υπογραφή ασθενούς \_\_\_\_\_