

# Family Reported Outcome Measure (FROM-16) ©

Poniższe pytania dotyczą tego jaki wpływ na Twoje życie ma w chwili obecnej choroba członka Twojej rodziny.  
Dla każdego z pytań proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

## Odpowiedz na poniższe pytania:

Twój wiek: \_\_\_\_\_

Twoja płeć: Mężczyzna / Kobieta

Twój związek z pacjentem: \_\_\_\_\_

Rozpoznanie u chorego: \_\_\_\_\_

## Część 1: Emocjonalna

### Z powodu choroby członka mojej rodziny...

	Wcale	Trochę	Bardzo
1. Jestem zmartwiony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Odczuwam złość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Odczuwam smutek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Odczuwam frustrację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trudno jest znaleźć kogoś, z kim mógłbym porozmawiać o moich przemyśleniach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Opieka nad członkiem mojej rodziny jest dla mnie trudna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Część 2: Życie osobiste i społeczne

### Z powodu choroby członka mojej rodziny...

	Wcale	Trochę	Bardzo
7. Trudno jest mi znaleźć czas dla siebie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zaburzony jest mój codzienny sposób podróżowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zaburzone są moje nawyki żywieniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zaburzone są zajęcia mojej rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Doświadczam problemów z wyjazdem na wakacje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zaburzone jest moje życie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zaburzona jest na moja praca lub studia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zaburzone są moje relacje z innymi członkami rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wzrosły wydatki mojej rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zaburzony jest mój sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Upewnij się czy odpowiedziałś/eś na każde pytanie. Dziękuję.**

