**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.1 (WPAI:CD) – Caregiver**

**Въпросник за способността за работа и изпълнение на постоянни ежедневни дейности:
Болест на Крон V2.1 (WPAI:CD) – Болногледач**

Следващите въпроси са за ефекта на болестта на Крон на Вашето дете върху способността Ви да работите и изпълнявате постоянни ежедневни дейности. *Моля, отбележете съответния отговор в празните места или заградете подходящата цифра според указанията.*

1. Понастоящем работите ли (срещу заплащане)? \_\_\_\_\_ НE \_\_\_\_\_ ДA

*Ако НЕ работите, отбележете „НЕ” и преминете към въпрос 6.*

Следващите въпроси се отнасят за **изминалите седем дни**, без днес.

2. Колко часа през изминалите седем дни сте отсъствали от работа поради проблеми, свързани с болестта на Крон на Вашето дете? *Включете часовете, пропуснати в отсъствие по болест, закъснения, ранни напускания и др. поради болестта на Крон на Вашето дете. Не включвайте времето на отсъствие заради Вашето дете за участие в
това проучване.*

\_\_\_\_\_ ЧАСА

3. Колко часа през изминалите седем дни сте отсъствали от работа поради каквато и да е друга причина, като почивка, празници, прекъсване заради Вашето дете за участие в това проучване?

\_\_\_\_\_ ЧАСА

4. Колко часа действително сте работили през изминалите седем дни?

\_\_\_\_\_ ЧАСА *(Ако отговорът е „0”, преминете към въпрос 6)*

5. Доколко през изминалите седем дни болестта на Крон на Вашето дете повлия на работоспособността Ви, докато работехте?

Помислете за дни, през които сте били ограничен(а) в обема или вида работа, която сте могли да извършите, за дни, през които сте свършили по-малко, отколкото бихте искали, или за дни, през които не сте могли да вършите своята работа толкова внимателно, колкото обикновено. Ако болестта на Крон на Вашето дете е повлияла слабо на работата Ви, изберете малка цифра. Изберете голяма цифра, ако болестта на Крон на Вашето дете е повлияла силно на работата Ви.

Оценявайте само доколко болестта на Крон на Вашето дете е повлияла на
Вашата продуктивност, докато работехте.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Болестта на Крон на моето дете не повлия на работата ми |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Болестта на Крон на моето дете изцяло попречи на работата ми |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОГРАДЕТЕ ЕДНА ЦИФРА

6. Доколко през изминалите седем дни болестта на Крон на Вашето дете повлия върху способността Ви да извършвате постоянните ежедневни дейности извън дейностите в работата?

*Под постоянни дейности разбираме обичайните дейности, които вършите, като всякаква работа по дома, пазаруване, гледане на деца, физически упражнения, учене и други. Помислете за случаите, когато сте били ограничен/а в обема или вида дейности, които сте могли да извършите и за случаите, когато сте свършили по-малко, отколкото бихте искали. Ако болестта на Крон на Вашето дете е повлияла слабо на дейностите Ви, изберете малка цифра. Изберете голяма цифра, ако болестта на Крон на Вашето дете е повлиялa силно на дейностите Ви.*

Оценявайте само доколко болестта на Крон на Вашето дете е повлияла на
Вашата способност да извършвате ежедневни дейности извън дейностите в работата.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Болестта на Крон на моето дете не повлия на ежедневните ми дейности |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Болестта на Крон на моето дете изцяло попречи на извършването на ежедневните ми дейности |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОГРАДЕТЕ ЕДНА ЦИФРА