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

**Опросный бланк для оценки негативного влияния заболевания на   
работоспособность и повседневную деятельность:**

**Болезнь Крона, Версия 2.1 (WPAI:CD) – Лицо, осуществляющее уход**

Приведенные ниже вопросы касаются воздействия болезни Крона Вашего ребенка на Вашу работоспособность и повседневную деятельность. *Согласно указаниям, поставьте, пожалуйста, крестики в отведенных местах или обведите кружком нужную цифру.*

1. Есть ли у вас сейчас оплачиваемая работа? \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_ ДА

*Если НЕТ, пометьте крестиком «НЕТ» и переходите к вопросу 6.*

Следующие вопросы касаются **последних семи дней**, не считая сегодняшнего дня.

2. Сколько рабочих часов Вы пропустили в последние семь дней из-за проблем, связанных с болезнью Крона Вашего ребенка? *Учитывайте количество часов, пропущенных из-за болезни Крона Вашего ребенка по больничному листу, а также в связи с поздним приходом на работу, уходом с работы раньше времени и т.д. Не учитывайте время освобождения от работы для участия Вашего ребенка в данном исследовании.*

\_\_\_\_\_ ЧАСА (ЧАСОВ)

3. Сколько рабочих часов Вы пропустили в последние семь дней по любой другой причине, например, в связи с отпуском, праздниками и освобождением от работы для участия Вашего ребенка в данном исследовании?

\_\_\_\_\_ ЧАСА (ЧАСОВ)

4. Сколько часов Вы фактически проработали в последние семь дней?

\_\_\_\_\_ ЧАСА (ЧАСОВ) *(Если «0», переходите к вопросу 6.)*

5. В какой степени в последние семь дней болезнь Крона Вашего ребенка влияла на Вашу работоспособность в то время, когда Вы работали?

Учитывайте те дни, когда был ограничен объем или род работы, которую Вы могли выполнять, когда Вы сделали меньше, чем хотели бы, и когда Вы не могли выполнять свою работу с обычной тщательностью. Если болезнь Крона Вашего ребенка оказала лишь незначительное воздействие на Вашу работу, выберите меньшее число. Если же болезнь Крона Вашего ребенка серьезно повлияла на Вашу работу, выберите большее число.

Оцените, в какой степени болезнь Крона Вашего ребенка влияла только на Вашу   
работоспособность в то время, когда Вы работали.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Болезнь Крона моего ребенка совсем не влияла на мою работу |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Болезнь Крона моего ребенка совсем не дала мне работать |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НУЖНУЮ ЦИФРУ

6. В какой степени в последние семь дней болезнь Крона Вашего ребенка влияла на Вашу способность заниматься повседневными делами, не относящимися к работе?

*Под повседневными делами мы имеем в виду дела, которыми Вы занимаетесь обычно, такие как работа по дому, походы в магазины, уход за детьми, физические упражнения, учеба и т.д. Учитывайте то время, когда был ограничен объем или род деятельности, которую Вы могли выполнять, и когда Вы сделали меньше, чем хотели бы. Если болезнь Крона Вашего ребенка* *оказала лишь незначительное воздействие на Вашу способность заниматься повседневными делами, выберите меньшее число. Если же болезнь Крона Вашего ребенка серьезно повлияла на Вашу способность заниматься повседневными делами, выберите большее число.*

Оцените, в какой степени болезнь Крона Вашего ребенка влияла только на Вашу   
способность заниматься повседневными делами, не относящимися к работе.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Болезнь Крона моего ребенка совсем не влияла на мою способность заниматься повседневными делами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Болезнь Крона моего ребенка совсем не дала мне заниматься повседневными делами |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НУЖНУЮ ЦИФРУ