**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.0 (WPAI: CD)**

**Vprašalnik o zmanjšani produktivnosti pri delu in dejavnostih:
Crohnova bolezen V2.0 (WPAI:CD)**

Naslednja vprašanja se nanašajo na vpliv vaše Crohnove bolezni na vašo zmožnost opravljanja dela in vsakodnevnih dejavnosti. *Prosimo, izpolnite prazna polja ali obkrožite številko, kakor je nakazano.*

1. Ali ste trenutno zaposleni (ste plačani za svoje delo)? \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_ DA

*Če NE, označite „NE‟ in nadaljujte z vprašanjem 6.*

Naslednja vprašanja se nanašajo na **zadnjih sedem dni**, brez današnjega dne.

2. Koliko ur dela ste izgubili zaradi težav, povezanih z vašo Crohnovo boleznijo, v zadnjih sedmih dneh? *Upoštevajte ure, ki ste jih izgubili, ker ste bili na bolniški, ker ste prišli na delo kasneje, ker ste odšli z dela predčasno ipd., zaradi vaše Crohnove bolezni. Ne upoštevajte časa, ki ste ga izgubili zaradi sodelovanja v tej študiji.*

\_\_\_\_\_UR

3. Koliko ur dela ste izgubili zaradi drugih razlogov, na primer zaradi dopusta, praznikov, izostanka za sodelovanje v tej študiji, v zadnjih sedmih dneh?

\_\_\_\_\_ UR

4. Koliko ur ste dejansko delali v zadnjih sedmih dneh?

\_\_\_\_\_UR *(Če „0‟, nadaljujte z vprašanjem 6.)*

5. Do kolikšne mere je vaša Crohnova bolezen vplivala na vašo produktivnost, medtem ko ste delali, v zadnjih sedmih dneh?

Imejte v mislih dneve, ko ste bili zmožni opraviti le določeno količino ali vrsto dela, ko ste opravili manj, kot ste želeli, ali ko niste zmogli opraviti vašega dela z vašo običajno pozornostjo. Če je Crohnova bolezen vplivala na vaše delo le malo, izberite nizko številko. Izberite visoko številko, če je Crohnova bolezen zelo vplivala na vaše delo.

Upoštevajte samo, do kolikšne mere je Crohnova bolezen
vplivala na vašo produktivnost, medtem ko ste delali.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Crohnova bolezen ni vplivala na moje delo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Crohnova bolezen mi je popolnoma preprečila opravljanje dela |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

OBKROŽITE ŠTEVILKO

6. Do kolikšne mere je vaša Crohnova bolezen vplivala na vašo zmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti, z izjemo dela v službi oz. plačanega dela, v zadnjih sedmih dneh?

*Z vsakodnevnimi dejavnostmi mislimo na običajne dejavnosti, ki jih opravljate, kot so na primer opravila doma, nakupovanje, skrb za otroke, vadba, študij ipd. Imejte v mislih čas, ko ste bili zmožni opraviti le določeno količino ali vrsto dejavnosti in ko ste opravili manj, kot ste želeli. Če je Crohnova bolezen vplivala na vaše dejavnosti le malo, izberite nizko številko. Izberite visoko številko, če je Crohnova bolezen zelo vplivala na vaše dejavnosti.*

Upoštevajte samo, do kolikšne mere je Crohnova bolezen vplivala na vašo zmožnost
opravljanja vsakodnevnih dejavnosti, z izjemo dela v službi oz. plačanega dela.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Crohnova bolezen ni vplivala na moje vsakodnevne dejavnosti |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Crohnova bolezen mi je popolnoma preprečila opravljanje vsakodnevnih dejavnosti |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

OBKROŽITE ŠTEVILKO