**Kwestionariusz pogorszenia wydajności pracy i wykonywania codziennych czynności:**

**Wirusowe zapalenie wątroby typu C V2.1 (WPAI:Wirusowe zapalenie wątroby typu C)**

Poniższe pytania odnoszą się do wpływu występującego u Pana/Pani wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C) na zdolność do pracy i wykonywania codziennych czynności. *Prosimy odpowiednio wypełnić puste miejsca lub zakreślić kółkiem wybraną liczbę.*

1. Czy jest Pan/Pani obecnie zatrudniony/a (pracuje za wynagrodzeniem)? \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_ Tak

 *Jeżeli NIE, prosimy zaznaczyć odpowiedź „NIE” i przejść do pytania 6.*

Następne pytania odnoszą się do **ubiegłych siedmiu dni**, wyłączając dzisiejszy.

2. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin pracy opuścił/a Pan/Pani z powodów związanych z występującym u Pana/Pani WZW C? *Prosimy podać liczbę godzin pracy opuszczonych w ramach zwolnienia chorobowego, spóźnienia spowodowane występującym u Pana/Pani zapaleniem wątroby typu C, wcześniejsze wyjścia z pracy itp. Prosimy nie podawać czasu pracy opuszczonego w celu uczestniczenia w tym badaniu.*

 \_\_\_\_\_ GODZIN

3. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin pracy opuścił/a Pan/Pani z innych powodów, takich jak urlop, święta, zwolnienie w celu uczestniczenia w tym badaniu?

 \_\_\_\_\_ GODZIN

4. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin Pan/Pani przepracował/a?

 \_\_\_\_\_ GODZIN *(Jeżeli „0”, prosimy przejść do pytania 6.)*

5. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, w jakiej mierze występujące u Pana/Pani WZW C wpłynęło na Pana/Pani wydajność w trakcie wykonywania pracy?

Prosimy sobie przypomnieć dni, kiedy Pana/Pani praca była ograniczona co do zakresu lub rodzaju, kiedy osiągnął/ęła Pan/Pani mniej niż chciał/a lub kiedy nie mógł/mogła Pan/Pani pracować tak uważnie, jak zazwyczaj. Jeżeli WZW C wywarło niewielki wpływ na pracę, prosimy wybrać niską liczbę. Jeżeli WZW C wywarło znaczny wpływ, prosimy wybrać wysoką liczbę.

Prosimy wziąć pod uwagę jedynie jak bardzo WZW C
wpłynęło na Pana/Pani produktywność w trakcie wykonywania pracy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WZW C nie miało wpływu na moją pracę |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | WZW C całkowicie uniemożliwiło mi pracowanie |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

PROSIMY ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM WYBRANĄ LICZBĘ

6. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, w jakiej mierze występujące u Pana/Pani WZW C wpłynęło na Pana/Pani zdolność wykonywania codziennych czynności, poza pracą zarobkową?

*Przez codzienne czynności rozumiemy np. krzątanie się po domu, zakupy, zajmowanie się dzieckiem, ćwiczenia fizyczne, uczenie się itp. Prosimy sobie przypomnieć o tych chwilach, kiedy Pana/Pani czynności były ograniczone co do zakresu lub rodzaju lub kiedy osiągnął/ęła Pan/Pani mniej niż chciał/a. Jeżeli WZW C wywarło niewielki wpływ na codzienne czynności, prosimy wybrać niską liczbę. Jeżeli WZW C wywarło znaczny wpływ, prosimy wybrać wysoką liczbę.*

Prosimy wziąć pod uwagę jedynie jak bardzo WZW C
wpłynęło na Pana/Pani zdolność wykonywania czynności codziennych innych niż praca zarobkowa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WZW C nie miało wpływu na moje codzienne czynności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | WZW C całkowicie uniemożliwiło mi wykonywanie codziennych czynności |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

PROSIMY ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM WYBRANĄ LICZBĘ

Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. Pharmacoeconomics. 1993 Nov;4(5):353-65.