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

**ropne zapalenie gruczołów apokrynowych, V2.1 (WPAI: Hidradenitis Suppurativa)**

Poniższe pytania odnoszą się do wpływu Pana/Pani ropnego zapalenia gruczołów apokrynowych 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 Pana/Pani ropnym zapaleniem gruczołów apokrynowych? *Prosimy podać liczbę godzin pracy opuszczonych w ramach zwolnienia chorobowego, spóźnienia spowodowane Pana/Pani ropnym zapaleniem gruczołów apokrynowych, 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 Pana/Pani ropne zapalenie gruczołów apokrynowych 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 ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wywarło niewielki wpływ na pracę, prosimy wybrać niską liczbę. Jeżeli ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wywarło znaczny wpływ, prosimy wybrać wysoką liczbę.

Prosimy wziąć pod uwagę jedynie jak bardzo ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wpłynęło na Pana/Pani produktywność w trakcie wykonywania pracy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ropne zapalenie gruczołów apokrynowych nie miało wpływu na moją pracę |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ropne zapalenie gruczołów apokrynowych 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 Pana/Pani ropne zapalenie gruczołów apokrynowych 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 ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wywarło niewielki wpływ na codzienne czynności, prosimy wybrać niską liczbę. Jeżeli ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wywarło znaczny wpływ, prosimy wybrać wysoką liczbę.*

Prosimy wziąć pod uwagę jedynie jak bardzo ropne zapalenie gruczołów apokrynowych wpłynęło na Pana/Pani zdolność wykonywania czynności codziennych innych niż praca zarobkowa.

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

PROSIMY ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM WYBRANĄ LICZBĘ

WPAI: Hidradenitis Suppurativa V2.1 (Poland Polish)