Опросник работоспособности и нарушения деятельности:   
меланома, V2.1 (WPAI:Меланома)

Приведенные ниже вопросы касаются воздействия меланомы на вашу работоспособность и повседневную деятельность. *Согласно указаниям, заполните, пожалуйста, пробелы или обведите кружком цифру.*

1. Работаете ли вы в настоящее время (оплачиваемая работа)? \_\_\_\_ НЕТ \_\_\_ ДА  
    *Если НЕТ, отметьте «НЕТ» и переходите к вопросу 6.*

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

1. Сколько рабочих часов вы пропустили в последние семь дней из-за проблем, связанных с меланомой? *Учитывайте количество часов, пропущенных по больничному листу, в связи с поздним приходом на работу, уходом с работы раньше времени и т.д. из-за меланомы. Не учитывайте время освобождения от работы для участия в данном исследовании.*  
     
   \_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ
2. 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 в данном исследовании?  
     
   \_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ
3. Сколько часов вы фактически проработали в последние семь дней?  
     
   \_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ *(Если «0», переходите к вопросу 6.)*
4. В какой степени в последние семь дней меланома оказывала отрицательное воздействие 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 меланома оказала лишь незначительное воздействие на вашу работу, выберите маленькое число. Если же меланома серьезно повлияла на вашу работу, выберите большое число.*

Оцените, в какой степени меланома влияла на вашу  
работоспособность только в то время, когда вы работали.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Меланома совсем не влияла на мою работу |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Меланома полностью помешала мне работать |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НУЖНУЮ ЦИФРУ

1. В какой степени в последние семь дней меланома оказывала отрицательное воздействие 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 меланома оказала лишь незначительное воздействие на вашу способность заниматься повседневными делами, выберите маленькое число. Если же меланома серьезно помешала вашей повседневной деятельности, выберите большое число.*

Оцените, в какой степени меланома влияла только на вашу способность  
заниматься повседневными делами, не относящимися к работе.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Меланома совсем не влияла на мою способность заниматься повседневными делами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Меланома полностью помешала мне заниматься повседневными делами |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НУЖНУЮ ЦИФРУ