



### 3. ΠΩΣ Η ΠΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

Σε ποιο βαθμό σας έχουν επηρεάσει τα συμπτώματα της ΠΣ τους τελευταίους 6 μήνες:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Δεν μπορώ να το κάνω αυτό λόγω της ΠΣ
3.1  Μετακίνηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2  Πλύσιμο, μπάνιο, ντύσιμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3  Ολοκλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων, για παράδειγμα, δουλειές στο σπίτι ή οδήγηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4  Ενασχόληση με χόμπι και δραστηριότητες αναψυχής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5  Στην εργασία (έμμισθη ή εθελοντική)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δεν μπορώ να απαντήσω στην ερώτηση E3.5 επειδή δεν εργάζομαι για λόγους που δεν σχετίζονται με την ΠΣ					<input type="checkbox"/>

3.6  Στενές προσωπικές σχέσεις ή σεξουαλική δραστηριότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7  Συναισθηματικά (για παράδειγμα, νιώθετε πεσμένος(η), άγχος ή ανησυχία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπάρχουν συγκεκριμένα συμπτώματα στα οποία θα θέλατε να εστιάσετε όταν συναντηθείτε με τον επαγγελματία φροντίδας της υγείας σας; Εάν ναι, κυκλώστε/σημειώστε τον(τους) αριθμό(ούς) της(των) σχετικής(ών) ερώτησης(ερωτήσεων) σε αυτό το ερωτηματολόγιο ή γράψτε τον(τους) αριθμό(ούς) της(των) σχετικής(ών) ερώτησης(ερωτήσεων) στο ακόλουθο πλαίσιο.

# Η ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ(ΠΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει ερωτήσεις σχετικά με την ΠΣ σας τους τελευταίους 6 μήνες, συμπεριλαμβανομένων οποιωνδήποτε υποτροπών, των συμπτωμάτων σας, καθώς και της επίδρασής τους στην καθημερινή σας ζωή. Οι πληροφορίες αυτές θα σας βοηθήσουν να πραγματοποιήσετε μία επικεντρωμένη συζήτηση με τον επαγγελματία φροντίδας της υγείας σας για την ΠΣ σας και τις όποιες μεταβολές έχετε παρουσιάσει τους τελευταίους 6 μήνες. Εάν είναι δυνατό, ζητήστε τη βοήθεια και τη συμμετοχή ενός μέλους της οικογένειας, συντρόφου ή φροντιστή όταν συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ;

Για να απαντήσετε, παρακαλούμε σημειώστε ένα κουτάκι για κάθε ερώτηση

## 1. Η ΠΣ ΣΑΣ

1.1 Τους τελευταίους 6 μήνες είχατε υποτροπές (χρονικές περιόδους στις οποίες τα συμπτώματά σας επιδεινώθηκαν και στη συνέχεια βελτιώθηκαν);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	
				Πηγαίνατε στην ενότητα 2	
1.2 Εάν ναι, πόσες υποτροπές είχατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3+
1.3 Εάν ναι, πόσο καλά ανακάμψατε από την πιο πρόσφατη υποτροπή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Πλήρως (100%)	Σχεδόν πλήρως (75%)	Μερικώς (50%)	Λίγο (25%)	Καθόλου (0%)

