

Version Control				
Version	Date	Description of Changes	Changes to ID(s)	Author
V0.01	27/10/2025	Added initial screenshots		Inga Lipska
V0.02	21/11/2025	Round 2 of screenshots		Julia Soszyńska
V1.00	04/02/2026	Final version		RWS

EORTC IL446

**EORTC IL446**

शुरू करें



EORTC IL446



रोगी कभी-कभी रिपोर्ट करते हैं कि उन्हें नीचे लिखे लक्षण या समस्याएं हैं। कृपया बताएं कि पिछले एक सप्ताह के दौरान आपने किस हद तक इन लक्षणों या समस्याओं का अनुभव किया है। कृपया उस अंक को चुनकर जवाब दें जो आप पर सबसे अच्छी तरह से लागू होता है।

अगला

<

EORTC IL446

×

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

1. क्या आपको खाने में कठिनाई होती थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफी ज़्यादा

प्रश्न छोड़ना है?

क्या आप यकीनन प्रश्न छोड़ना चाहते हैं?

रद्द करें

हाँ

अगला

<

EORTC IL446

×

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

1. क्या आपको खाने में कठिनाई होती थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☐ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

<

EORTC IL446

×

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

1. क्या आपको खाने में कठिनाई होती थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

2. क्या आपने खाना शुरू करने के बाद बहुत जल्दी पेट भरा हुआ महसूस किया था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

2. क्या आपने खाना शुरू करने के बाद बहुत जल्दी पेट भरा हुआ महसूस किया था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

3. क्या आपको स्वाद की अनुभूति के साथ समस्या हुई थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

3. क्या आपको स्वाद की अनुभूति के साथ समस्या हुई थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

4. क्या आप अपनी बीमारी या उपचार के परिणामस्वरूप अपने भोजन के प्रकार पर प्रतिबंध लगा रहे थे?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

4. क्या आप अपनी बीमारी या उपचार के परिणामस्वरूप अपने भोजन के प्रकार पर प्रतिबंध लगा रहे थे?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

5. क्या आपकी त्वचा या आंखें पीली हो गई थी (पीलिया)?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

5. क्या आपकी त्वचा या आंखें पीली हो गई थी (पीलिया)?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

6. क्या आप अपनी त्वचा के पीले होने से चिंतित थे?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

6. क्या आप अपनी त्वचा के पीले होने से चिंतित थे?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

7. क्या आप जितना सक्रिय रहना चाहते थे उससे कम सक्रिय रहे हैं?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

7. क्या आप जितना सक्रिय रहना चाहते थे उससे कम सक्रिय रहे हैं?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

8. क्या आपको ऐसा महसूस हुआ कि आपमें ऊर्जा कम है और आप कम सक्रिय हैं?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

8. क्या आपको ऐसा महसूस हुआ कि आपमें ऊर्जा कम है और आप कम सक्रिय हैं?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446



पिछले एक सप्ताह के दौरान:

9. क्या आपने ऊर्जा की कमी महसूस की थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☐ 4 बहुत ज़्यादा

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

9. क्या आपने ऊर्जा की कमी महसूस की थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446



पिछले एक सप्ताह के दौरान:

10. क्या आपको रात में दर्द होता था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

10. क्या आपको रात में दर्द होता था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446



पिछले एक सप्ताह के दौरान:

11. क्या आपकी पीठ में दर्द था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

11. क्या आपकी पीठ में दर्द था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

12. क्या आपको अपना पेट फूला हुआ महसूस होता था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

12. क्या आपको अपना पेट फूला हुआ महसूस होता था?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446



पिछले एक सप्ताह के दौरान:

13. क्या आपको ड्रेनेज ट्यूब्स/बैग्स से कोई कठिनाई हुई थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☐ 4 बहुत ज़्यादा

पिछले एक सप्ताह के दौरान:

13. क्या आपको ड्रेनेज ट्यूब्स/बैग्स से कोई कठिनाई हुई थी?

☐ 1 बिल्कुल नहीं

☐ 2 थोड़े से

☐ 3 काफ़ी ज़्यादा

☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



EORTC IL446



EORTC IL446

**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

14. क्या आपका वज़न कम हुआ है?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☐ 4 बहुत ज़्यादा**पिछले एक सप्ताह के दौरान:**

14. क्या आपका वज़न कम हुआ है?

☐ 1 बिल्कुल नहीं☐ 2 थोड़े से☐ 3 काफ़ी ज़्यादा☒ 4 बहुत ज़्यादा

अगला

अगला



सेव करने के लिए 'सबमिट करें' पर
क्लिक करें या रिव्यू करने के लिए बैक
ऐरो पर क्लिक करें।

© Copyright 2025 EORTC Quality of Life Group. All rights reserved.

सबमिट करें



प्रश्नों को पूरा करने हेतु समय निकालने के लिए धन्यवाद।

अगर आप किसी लक्षण या समस्या का अनुभव कर रहे हैं, तो कृपया अपनी अध्ययन टीम के साथ इसकी चर्चा

बंद करें

