

Додатак 1 Упитник о квалитету живота са Грејвсовом офталмопатијом (GO-QOL)

Следећа питања односе се конкретно на вашу Грејвсову очну болест.

Приликом одговарања на питања размислите о претходних 7 дана.

У којој мери сте током претходних 7 дана због Грејвсове очне болести били ограничени приликом обављања следећих активности?

Означите кућицу која одговара вашем одговору. Кућице се односе на одговоре изнад њих. Означите једну кућицу након сваког питања.

	Да, био/ла сам озбиљно ограничен(а)	Да, био/ла сам мало ограничен(а)	Не, уопште нисам био/ла ограничен(а)
1. Вожња бицикла [никада нисам научио/ла да возим бицикл □]	☐	☐	☐
2. Вожња аутомобила [немам возачку дозволу □]	☐	☐	☐
3. Кретање по кући	☐	☐	☐
4. Шетња напољу	☐	☐	☐
5. Читање	☐	☐	☐
6. Гледање телевизије	☐	☐	☐
7. Хоби или разонода, на пример:	☐	☐	☐
	Да, био/ла сам озбиљно ограничен(а)	Да, био/ла сам мало ограничен(а)	Не, уопште нисам био/ла ограничен(а)

8. Да ли сте се током претходних 7 дана због Грејвсове очне болести осећали ограничено док сте радили нешто што сте желели да радите?

☐ ☐ ☐

Следећа питања се уопштено односе на вашу Грејвсову болест.

	Да, веома	Да, мало	Не, ни најмање
9. Да ли имате утисак да вам се изглед променио због Грејвсове болести?	☐	☐	☐
10. Да ли сматрате да вас на улици загледају због Грејвсове очне болести?	☐	☐	☐
11. Да ли сматрате да људи негативно реагују због ваше Грејвсове очне болести?	☐	☐	☐
12. Да ли сматрате да Грејвсова очна болест утиче на ваше самопоуздање?	☐	☐	☐
13. Да ли сматрате да Грејвсова очна болест утиче на вашу способност да склапате пријатељства?	☐	☐	☐
14. Да ли сматрате да сте друштвено изоловани због Грејвсове очне болести?	☐	☐	☐
15. Да ли сматрате да се ређе појављујете на фотографијама него пре него што сте добили Грејвсову очну болест?	☐	☐	☐
16. Да ли покушавате да прикријете промене свог изгледа услед Грејвсове очне болести?	☐	☐	☐