



**Μέρος II.** Πώς παρενέβησαν τα παραπάνω συμπτώματα στην ζωή σας;

Τα συμπτώματα αυτά πολύ συχνά επηρεάζουν το πώς αισθανόμαστε και λειτουργούμε. Πόσο πολύ παρενέβησαν αυτά στα κάτωτι *τις τελευταίες 24 ώρες*;

	Το σύμπτωμα δεν παρενέβη										Το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Στη γενική δραστηριότητα;												
15. Στη διάθεσή σας;												
16. Στην εργασία και στις ασχολίες του σπιτιού;												
17. Στις σχέσεις σας με τους ανθρώπους;												
18. Στο περπάτημα;												
19. Στην απόλαυση της ζωής;												

**Επιπρόσθετα Συμπτώματα (Γ/Ε)**

Είχατε προβλήματα κατάποσης;												
Αισθανθήκατε ξηρότητα/ τσούξιμο στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε;												

**Επιπρόσθετα Συμπτώματα ( )**

Είχατε έντονο βήχα;												
Αισθανθήκατε έντονη ξηρότητα στο λαιμό;												