

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Edmontoński System Ewaluacji Objawów:
(zmieniona wersja) (ESAS-R)

Proszę zakreślić cyfrę, która najlepiej określa to, jak się Pan/Pani czuje w TEJ CHWILI:

Brak Bólu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ból najgorszy z możliwych
Brak Zmęczenia (Zmęczenie = brak energii)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zmęczenie Najgorsze z Możliwych
Brak Ospalości (Ospalność = uczucie senności)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ospalność Najgorsza z Możliwych
Brak Nudności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nudności Najgorsze z Możliwych
Nie Ma Braku Apetytu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najgorszy z Możliwych Brak Apetytu
Brak Zadyszki	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najgorsza z Możliwych Zadyszka
Brak Depresji (Depresja = odczuwanie smutku)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Depresja Najgorsza z Możliwych
Brak Niepokoju (Niepokój – odczuwanie podenerwowania)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niepokój Najgorszy z Możliwych
Najlepsze Samopoczucie (Samopoczucie = to jak się czujesz w ujęciu ogólnym)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Samopoczucie Najgorsze z Możliwych
Brak _____ Inny Problem (na przykład zatwardzenie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____ Najgorszy z Możliwych

Imię i Nazwisko Pacjenta

Data _____ Godzina _____

Wypełnione przez (zaznacz jeden):

- Pacjenta
- Opiekuna będącego członkiem rodziny
- Profesjonalnego opiekuna medycznego
- Z pomocą opiekuna

Proszę zaznaczyć na tych obrazkach, gdzie Pan/Pani ma ból.

