



**SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI SINTOMI DI EDMONTON – RIVISTO + (ESAS-r+)**

Data: \_\_\_\_\_

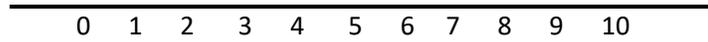
Nome: \_\_\_\_\_

**La prego di contrassegnare con un cerchio la voce che descrive meglio il modo in cui si sente (in media, nelle ultime 24 ore):**

|   |                        |                                    |
|---|------------------------|------------------------------------|
| Assenza di dolore   | _____                  | Il peggior dolore possibile        |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di stanchezza<br><i>(Stanchezza = mancanza di energia)</i>              | _____                  | La peggior stanchezza possibile    |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di sonnolenza<br><i>(Sonnolenza = aver voglia di dormire)</i>           | _____                  | La peggior sonnolenza possibile    |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di nausea   | _____                  | La peggior nausea possibile        |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Appetito migliore   | _____                  | Il peggiore appetito possibile     |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di respiro corto  | _____                  | Il peggior respiro corto possibile |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di depressione<br><i>(Depressione = provare tristezza)</i>              | _____                  | La peggior depressione possibile   |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di ansia <i>(Ansia = avvertire nervosismo)</i>                          | _____                  | La peggiore ansia possibile        |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Benessere ottimale<br><i>(Benessere = come ci si sente complessivamente)</i>    | _____                  | Il peggior benessere possibile     |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Nessun problema a dormire   | _____                  | Il peggior sonno possibile         |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |
| Assenza di diarrea<br><i>(Diarrea = defecazione più frequente/feci acquose)</i> | _____                  | La peggior diarrea possibile       |
|   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |                                    |



Assenza di costipazione  
**(Costipazione =  
defecazione meno  
frequente/feci dure)**



La peggior  
costipazione possibile