



SKALA OCENY OBJAWÓW EDMONTON – ZMIENIONA + (ESAS-r+)

Data: _____

Imię i nazwisko: _____

Proszę zakreślić liczbę, która najlepiej opisuje, jak się Pan/Pani czuje (na ogół w ciągu ostatnich 24 godzin):

Brak bólu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejszy możliwy ból

Brak zmęczenia

(Zmęczenie = brak energii)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsze możliwe zmęczenie

Brak senności **(Senność = odczuwanie senności)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsza możliwa senność

Brak mdłości

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsze możliwe mdłości

Największy apetyt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najmniejszy możliwy apetyt

Brak duszności

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsze możliwe duszności

Brak przygnębienia

(Przygnębienie = poczucie smutku)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsze możliwe przygnębienie

Brak lęku **(Lęk =**

odczuwanie zdenerwowania)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejszy możliwy lęk

Najlepsze samopoczucie

(Samopoczucie = jak ogólnie się czujesz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najgorsze możliwe samopoczucie

Brak problemów ze snem

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najgorszy możliwy sen

Brak biegunki

(Biegunka = więcej stolca niż zwykle/wodnisty stolec)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsza możliwa biegunka



Brak zaparć

*(Zaparcie = mniej stolca niż
zwykle/twardy stolec)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najsilniejsze możliwe
zaparcia