

Опитування про самопочуття онкологічних хворих

Як ви почуваетесь сьогодні? Обміркуйте ці питання стосовно вашого власного здоров'я. Важливо, щоб ви розповіли нам про своє самопочуття під час лікування раку. Таким чином ми забезпечуємо вам найбезпечніше лікування. Позначте хрестиком або обведіть свої відповіді в анкеті.

1. Чи була у вас температура? Наскільки висока _____ Ні__ Так__
2. Чи була у вас діарея? Ні__ Так__
3. Чи були у вас запори? Ні__ Так__
4. Чи виникали у вас проблеми з сечовипусканням? Ні__ Так__
5. Чи були у вас висипання або свербіж? Ні__ Так__
6. Чи були у вас симптоми на слизових оболонках або очах? Ні__ Так__
7. Чи є у вас безсоння або втома? Ні__ Так__
8. Чи є у вас оніміння, поколювання або втрата чутливості в руках або ногах?

- | | |
|---|-----------|
| 0 | Зовсім ні |
| 1 | Помірно |
| 2 | Нестерпно |

9. Чи були у вас болі? Позначте точку болю на сусідньому малюнку.

- | | |
|---|---------------|
| 0 | Болів не було |
| 1 | Помірно |
| 2 | Нестерпно |

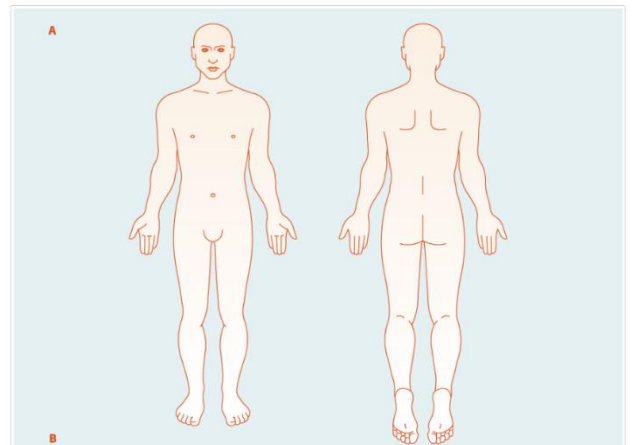
10. Чи була у вас нудота після прийому ліків?

- | | |
|---|----------------|
| 0 | Нудоти не було |
| 1 | Помірно |
| 2 | Нестерпно |

11. Яка ваша вага: _____

12. Чи були якісь зміни у вашому лікуванні? Ні__ Так__

13. Чи відвідували ви іншого лікаря після останнього візиту? Ні__ Так__



Дякуємо за ваші відповіді!

Vointikysely syöpäpotilaalle

Kuinka sinä voit tänään? Pohdi näitä kysymyksiä suhteessa omaan vointiisi. On tärkeää, että kerrot voinnistasi meille syöpähoitojen aikana. Näin takaamme sinulle mahdollisimman turvallisen lääkehoidon. Rastita tai ympäroi vastauksesi lomakkeeseen.

1. Onko sinulla ollut kuumetta? Kuinka paljon? _____ Ei__ Kyllä__
2. Onko sinulla ollut ripulia? Ei__ Kyllä__
3. Onko sinulla ollut ummetusta? Ei__ Kyllä__
4. Onko sinulla ollut ongelmia virtsaamisessa? Ei__ Kyllä__
5. Onko sinulla ollut ihottumaa tai kutinaa? Ei__ Kyllä__
6. Onko sinulla ollut oireita limakalvoilla tai silmissä? Ei__ Kyllä__
7. Onko sinulla unettomuutta tai väsymystä? Ei__ Kyllä__
8. Onko sinulla puutumista, pistelyä tai tunnottomuutta käsissä tai jaloissa?

- 0 Ei lainkaan
1 Kohtalainen
2 Sietämätön

9. Onko sinulla ollut kipua? Merkitse kipukohta viereiseen kuvaan.

- 0 Ei kipua
1 Kohtalainen
2 Sietämätön

10. Onko sinulla ollut pahoinvointia lääkehoidon jälkeen?

- 0 Ei pahoinvointia
1 Kohtalainen
2 Sietämätön

11. Mikä on painosi: _____

12. Onko lääkitykseesi tullut muutoksia? Ei__ Kyllä__
13. Oletko käynyt muualla lääkärissä edellisen hoitokäyntisi jälkeen? Ei__ Kyllä__

Kiitos vastauksistasi!

