

## Lista de verificação de preocupações – identificar as suas preocupações

Nome ou identificação do paciente

Funcionário-chave:

Data:

Número de contacto:

Esta auto-avaliação é opcional, no entanto irá ajudar-nos a compreender as suas preocupações e o que sente. Também irá ajudar-nos a identificar qualquer informação e apoio de que possa precisar. Se algum dos problemas indicados lhe causou preocupação recentemente e desejar falar sobre a mesma com um funcionário-chave, classifique a preocupação de 1 a 10, sendo que 10 é a mais alta. Deixe a caixa em branco caso não se aplique a si ou se não quiser falar sobre a mesma agora.

### Preocupações a nível físico

- Dificuldades respiratórias
- Urinar
- Obstipação (prisão de ventre)
- Diarreia
- Comer, apetite ou paladar
- Indigestão
- Engolir
- Tosse
- Boca dorida, seca ou ulcerada
  
- Náuseas ou vómitos
- Cansaço, exaustão ou fadiga
  
- Inchaço
- Temperatura elevada ou febre
- Movimentar-se (caminhar)
- Formigueiro nas mãos ou pés
- Dor ou desconforto

- Afrontamentos ou suores
- Pele seca, com comichão ou dorida
- Alterações no peso
- Cuidados com a ferida
- Memória ou concentração
- Visão ou audição

- Problemas de fala ou de voz
- A minha aparência
- Problemas de sono

- Sexo, intimidade ou fertilidade
- Outros problemas de saúde

### Preocupações de ordem prática

- Cuidar de outras pessoas
- Trabalho ou educação
- Dinheiro ou finanças
- Viagens
- Habitação
- Transporte ou estacionamento
- Falar ou ser entendido
- Tratar da roupa ou tarefas domésticas
- Compras de supermercado
- Lavar-se e vestir-se
- Preparar refeições ou bebidas
- Animais de estimação
- Dificuldade em fazer planos

- Deixar de fumar
- Problemas com o álcool ou drogas

- A minha medicação

### Preocupações a nível emocional

- Incerteza
- Perda de interesse em atividades
- Incapacidade de expressar sentimentos
- Pensar no futuro
- Arrependimento acerca do passado
- Raiva ou frustração

- Solidão ou isolamento

- Tristeza ou depressão
- Desespero
- Sentimento de culpa
- Preocupações, medo ou ansiedade
- Independência

### Preocupações com a família ou relacionamento

- Companheiro/a
- Filhos
  
- Outros familiares ou amigos
- A pessoa que cuida de mim

- A pessoa de quem estou a cuidar

### Preocupações a nível espiritual

- Fé ou espiritualidade
- Significado ou propósito da vida
- Sentir-me em desacordo com a minha cultura, crenças ou valores

### Informação ou apoio

- Exercício e atividade
  
- Dieta e nutrição
- Terapias complementares
- Planear as minhas prioridades futuras
- Fazer um testamento ou aconselhamento jurídico
- Saúde e bem-estar
  
- Grupo de apoio ao paciente ou cuidador
- Gerir os meus sintomas

- Tenho dúvidas sobre o meu diagnóstico, tratamentos ou efeitos**

**A completar pelo funcionário-chave**  Cópia entregue ao paciente

Cópia a ser enviada ao GP