

Контрольный список беспокойств — расскажите нам, что вас беспокоит

Имя или бирка пациента

Куратор: _____

Дата: _____

Номер для связи: _____

Вы не обязаны заполнять эту анкету для самооценки, Однако она поможет нам понять, что вас беспокоит и что вы чувствуете. Она также поможет нам узнать, в какой информации и поддержке вы нуждаетесь

Если вас беспокоят какие-либо из перечисленных вопросов и вы хотите обсудить их с куратором, **оцените каждый такой пункт по шкале от 1 до 10, где 10** — максимально сильное беспокойство. Оставьте поле пустым, если вы сейчас не испытываете или не желаете обсуждать какое-либо беспокойство.

Заполняет куратор

- Копия для отправки врачу общей практики
- Копия предоставлена пациенту

Физические проблемы

- Затрудненное дыхание
- Проблемы с мочеиспусканием
- Запор
- Диарея
- Прием пищи, аппетит или вкусовые ощущения
- Несварение
- Глотание
- Кашель
- Боли, сухость или язвы во рту
- Тошнота или рвота
- Усталость, отсутствие сил или утомляемость
- Отечность
- Высокая температура
- Передвижение (ходьба)
- Покалывание в ладонях или стопах
- Боль или дискомфорт
- Приливы или потливость
- Сухость, зуд или болезненная чувствительность кожи
- Изменения веса
- Уход за ранами
- Память или концентрация
- Память или концентрация
- Зрение или слух
- Проблемы с речью или голосом
- Внешность
- Проблемы со сном

- Секс, интимная жизнь или фертильность
- Другие медицинские проблемы

Практические проблемы

- Уход за другими людьми
- Работа или образование
- Деньги или финансовые вопросы
- Поездки
- Жилье
- Транспорт или парковка
- Общение или понимание со стороны окружающих
- Стирка или работа по дому
- Покупка продуктов
- Прием душа/ванны и надевание одежды
- Приготовление еды или напитков
- Домашние животные
- Сложности с составлением планов на будущее
- Отказ от курения
- Проблемы с алкоголем или наркотиками
- Лекарства, которые я принимаю

Эмоциональные проблемы

- Неопределенность
- Потеря интереса к деятельности
- Неспособность выразить свои чувства
- Мысли о будущем
- Сожаления о прошлом
- Гнев или разочарование

- Одиночество или изоляция
- Грусть или депрессия
- Отчаяние
- Чувство вины
- Беспокойство, страх или тревога
- Независимость

Семейные проблемы

- Партнер (например, супруг или другой человек, с которым вы состоите в отношениях)
- Дети
- Другие родственники или друзья
- Человек, который за мной ухаживает
- Человек, за которым я ухаживаю

Духовные или религиозные беспокойства

- Вера или духовность
- Смысл или цель жизни
- Конфликт с моей культурой, убеждениями или ценностями

Потребности, связанные с образом жизни или информацией

- Физические упражнения и активность
- Диета и питание
- Альтернативная медицина
- Планирование моих приоритетов на будущее
- Составление завещания или юридические консультации
- Здоровье и самочувствие
- Группы поддержки для пациентов или людей, осуществляющих уход за больными
- Контроль симптомов
- Защита от солнца

У меня есть вопросы по поводу моего диагноза, лечения или