

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 baixo nível de preocupação e 10 o mais alto.

A completar pelo funcionário-chave

- ☐ Cópia entregue ao paciente
- ☐ Cópia a ser enviada ao GP

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 son

- ☐ 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 plano
- ☐ 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
- ☐ Proteção do sol

☐ Tenho dúvidas sobre o meu diagnóstico, tratamentos ou efeitos