

Lista możliwych obaw – identyfikacja obaw

Imię i nazwisko lub etykieta pacjenta

Przydzielony pracownik: _____

Data: _____

Numer kontaktowy: _____

Przeprowadzenie niniejszej samooceny jest dobrowolne, jednak pomoże nam ona zrozumieć Twoje obawy i odczucia. Dzięki niej będziemy mogli zidentyfikować informacje i wsparcie, ja możesz potrzebować.

Jeśli którekolwiek z kwestii wymienionych poniżej były dla Ciebie źródłem obaw w ostatnim czasie i chcesz porozmawiać o nich z przydzielonym pracownikiem.

Oceń intensywność swojej obawy w skali od 1 do 10, gdzie „10” oznacza największą obawę. Zostaw pole puste, jeśli dany problem Ciebie dotyczy albo nie chcesz nim teraz rozmawiać.

Wypełnia przydzielony pracownik

- ☐ Kopia dla pacjenta
- ☐ Kopia dla lekarza pierwszego kontaktu

Problemy natury fizycznej

- ☐ Problemy z oddychaniem
- ☐ Oddawanie moczu
- ☐ Zaparcia
- ☐ Biegunka
- ☐ Jedzenie, apetyt lub smak
- ☐ ☐ Niestrawność
- ☐ Przełykanie
- ☐ Kaszel
- ☐ Bolesność lub suchota albo wrzody w jamie ustnej
- ☐ Mdłości lub wymioty
- ☐ Uczucie zmęczenia/wyczerpania lub znużenia
- ☐ Opuchlizna
- ☐ Wysoka temperatura lub gorączka
- ☐ Przemieszczanie się (chodzenie)
- ☐ Uczucie mrowienia w rękach lub stopach
- ☐ Ból lub dyskomfort
- ☐ Uderzenia gorąca lub poć
- ☐ Suchota, swędzenie lub bolesność skóry
- ☐ Zmiany wagi
- ☐ Pielęgnacja ran
- ☐ Pamięć lub koncentracja
- ☐ Wzrok lub słuch
- ☐ Problemy z mówieniem lub głosem
- ☐ Mój wygląd
- ☐ Problemy ze snem

- ☐ Seks, bliskość i płodność
- ☐ Inne problemy medyczne
- ☐ **Sprawy praktyczne**
- ☐ Opieka nad innymi osobami
- ☐ Praca lub nauka
- ☐ Pieniądze i finanse
- ☐ Podróżowanie
- ☐ Mieszkanie
- ☐ Transport lub parkowanie
- ☐ Mówienie i bycie rozumianym
- ☐ Pranie i dbanie o dom
- ☐ Zakupy produktów spożywczych
- ☐ Mycie i ubieranie się
- ☐ Przygotowywanie posiłków i napojów
- ☐ Zwierzęta domowe
- ☐ Problemy z planowaniem
- ☐ Zaprzestanie palenia
- ☐ Problemy z alkoholem lub narkotykami
- ☐ Przyjmowanie leków
- ☐ **Obawy emocjonalne**
- ☐ Niepewność
- ☐ Utrata zainteresowania różnymi aktywnościami
- ☐ Brak umiejętności wyrażania uczuć
- ☐ Myślenie o przyszłości
- ☐ Poczucie żalu dotyczące przeszłości
- ☐ Złość lub frustracja

- ☐ Poczucie osamotnienia lub odizolowania
- ☐ Smutek lub depresja
- ☐ Poczucie beznadziejności
- ☐ Poczucie winy
- ☐ Zmartwienie, lęk lub niepokój
- ☐ Niezależność
- ☐ **Relacje z rodziną lub innymi osobami**
- ☐ Partner(ka)
- ☐ Dzieci
- ☐ Inni krewni/przyjaciele/znajomi
- ☐ Osoba, która się mną opiekuje
- ☐ Osoba, którą ja się opiekuję
- ☐ **Kwestie duchowe**
- ☐ Wiara lub duchowość
- ☐ Poczucie sensu lub celu życia
- ☐ Odczucia niezgodne z własną kulturą, przekonaniami lub wartościami
- ☐ **Styl życia lub potrzeby informacyjne**
- ☐ Ćwiczenia i aktywność fizyczna
- ☐ Dieta i odżywianie się
- ☐ Terapie uzupełniające
- ☐ Planowanie priorytetów
- ☐ Sporządzenie testamentu lub uzyskanie porady prawnej
- ☐ Zdrowie i samopoczucie
- ☐ Grupy wsparcia pacjenta lub opiekuna
- ☐ Radzenie sobie z objawami
- ☐ Ochrona przed słońcem

☐ Mam pytania dotyczące postawionej mi diagnozy, leczenia lub jego skutków

