

Lista di controllo delle preoccupazioni – Individuare le proprie preoccupazioni

Nome o etichetta del paziente

Operatore: _____

Data: _____

Numero di telefonico: _____

Questa autovalutazione è facoltativa tuttavia ci aiuterà a comprendere le preoccupazioni e i sentimenti che prova. Ci aiuterà inoltre a identificare qualsiasi informazione e forma di supporto che potrebbero essere necessarie.

Se uno dei problemi elencati le ha causato preoccupazione di recente e desidera discuterne con un operatore. La invitiamo a valutare la preoccupazione su una scala da **1** a **10**, dove **10** è il valore più elevato.

Lasci la casella vuota se la preoccupazione non è pertinente o non desidera discuterne ora.

Da completare a cura dell'operatore

- ☐ Copia da inviare al medico di base
- ☐ Copia fornita al paziente

Preoccupazioni fisiche

- ☐ Difficoltà respiratorie
- ☐ Minzione
- ☐ Stipsi
- ☐ Diarrea
- ☐ Alimentazione, appetito o gusto
- ☐ Indigestione
- ☐ Deglutizione
- ☐ Tosse
- ☐ Afte, secchezza delle fauci o ulcere
- ☐ Nausea o vomito
- ☐ Sentirsi stanchi, esausti o affaticati
- ☐ Gonfiore
- ☐ Temperatura o febbre alta
- ☐ Muoversi (camminare)
- ☐ Formicolio di mani o piedi
- ☐ Dolore o malessere
- ☐ Vampate di calore o sudorazione
- ☐ Pelle secca, pruriginosa o dolente
- ☐ Variazioni di peso
- ☐ Cura delle lesioni cutanee
- ☐ Memoria o concentrazione
- ☐ Vista o udito
- ☐ Disturbi del linguaggio o vocali
- ☐ Aspetto fisico
- ☐ Disturbi del sonno

- ☐ Sesso, intimità o fertilità
- ☐ Altre patologie mediche

Preoccupazioni pratiche

- ☐ Prendersi cura degli altri
- ☐ Lavoro o istruzione
- ☐ Denaro o finanze
- ☐ Viaggiare
- ☐ Alloggio
- ☐ Trasporto o parcheggio
- ☐ Parlare o essere capiti
- ☐ Bucato o faccende domestiche
- ☐ Fare la spesa
- ☐ Lavarsi e vestirsi
- ☐ Preparare pasti o bevande
- ☐ Animali domestici
- ☐ Difficoltà a fare progetti
- ☐ Smettere di fumare
- ☐ Problemi con alcol o droghe
- ☐ I miei farmaci

Preoccupazioni emotive

- ☐ Incertezza
- ☐ Perdita di interesse nelle attività
- ☐ Incapacità di esprimere sentimenti
- ☐ Pensare al futuro
- ☐ Rammarico per il passato
- ☐ Rabbia o frustrazione

- ☐ Solitudine o isolamento
- ☐ Tristezza o depressione
- ☐ Disperazione
- ☐ Senso di colpa
- ☐ Timore, paura o ansia
- ☐ Indipendenza

Preoccupazioni familiari o di relazione

- ☐ Partner
- ☐ Bambini
- ☐ Altri familiari o amici
- ☐ Persona che si prende cura di me
- ☐ Persona di cui mi prendo cura

Preoccupazioni spirituali

- ☐ Fede o spiritualità
- ☐ Significato o scopo della vita
- ☐ Sentirsi in disaccordo con la mia cultura, le mie credenze o i miei valori

Informazioni o supporto

- ☐ Esercizio fisico o attività fisica
- ☐ Dieta e alimentazione
- ☐ Terapie complementari
- ☐ Pianificazione per le mie priorità future
- ☐ Fare testamento o richiedere consulenza legale
- ☐ Salute e benessere
- ☐ Gruppo di supporto del paziente o dell'accompagnatore
- ☐ Gestione dei miei sintomi
- ☐ Protezione solare

- ☐ Ho alcune domande sulla mia diagnosi, sui miei trattamenti o