

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