

Контрольний перелік проблем та занепокоєнь — визначення своїх занепокоєнь

Ім'я пацієнта або картка

Куратор _____:

Дата _____:

Контактний номер _____:

Ця анкета не є обов'язковою, проте вона допоможе нам зрозуміти ваші занепокоєння та почуття. Вона також допоможе нам визначити, яку необхідну інформацію та підтримку ми можемо вам надати.

Якщо будь-що з зазначеного непокоїло вас останнім часом і ви бажаєте обговорити це з куратором, **оцініть занепокоєння за шкалою від 1 до 10, де 10 — найвищий бал**. Залиште поле порожнім, якщо це вас не стосується або ви не хочете обговорювати це зараз.

Заповнює куратор

- ☐ Копію видають пацієнт
- ☐ Копію направляють лікарю-терапевту

Фізичні проблеми

- ☐ Утруднене дихання
- ☐ Проблеми з сечовипусканням
- ☐ Закроп
- ☐ Діарея
- ☐ Зміни звичок харчування, апетиту або смаку
- ☐ Розлад травлення
- ☐ Проблеми з ковтанням
- ☐ Кашель
- ☐ Біль чи сухість або виразки у роті
- ☐ Нудота чи блювання
- ☐ Втомлюваність, виснаженість чи млявість
- ☐ Набряк
- ☐ Висока температура, жар
- ☐ Проблеми з пересуванням (ходьбою)
- ☐ Поколювання в руках або ногах
- ☐ Біль або дискомфорт
- ☐ Припливи або пітливість
- ☐ Сухість шкіри, свербіння чи біль
- ☐ Небажані зміни у вазі
- ☐ Догляд за раною
- ☐ Пам'ять або концентрація уваги
- ☐ Зір або слух
- ☐ Проблеми з вимовою або голосом
- ☐ Моя зовнішність
- ☐ Проблеми зі сном

- ☐ Статеве, інтимне життя або фертильність
- ☐ Інші захворювання

Практичні проблеми

- ☐ Турбота про інших
- ☐ Робота або навчання
- ☐ Гроші чи фінанси
- ☐ Подорожі
- ☐ Житлові питання
- ☐ Транспорт або паркування
- ☐ Говоріння чи незрозуміла вимова
- ☐ Прання та інша робота по дому
- ☐ Купівля продуктів
- ☐ Вмивання та одягання
- ☐ Готування їжі та напоїв
- ☐ Догляд за тваринами
- ☐ Труднощі зі складанням планів
- ☐ Відмова від куріння
- ☐ Алкогольна чи наркотична залежність
- ☐ Мої ліки

Емоційні занепокоєння

- ☐ Невпевненість
- ☐ Втрата інтересу до будь-якої діяльності
- ☐ Неспроможність виражати почуття
- ☐ Думки про майбутнє
- ☐ Шкода про минуле
- ☐ Гнів або розчарування

- ☐ Самотність або ізоляція
 - ☐ Сум або депресія
 - ☐ Безнадія
 - ☐ Почуття провини
 - ☐ Занепокоєння, страх або тривога
 - ☐ Незалежність
- ### Сімейні турботи
- ☐ Партнер
 - ☐ Діти
 - ☐ Інші родичі або друзі
 - ☐ Людина, яка доглядає за мною
 - ☐ Людина, за якою я доглядаю

Духовні або релігійні Переживання

- ☐ Віра або духовність
- ☐ Сенси або мета життя
- ☐ Відчуття розбіжностей з моєю культурою, переконаннями або цінностями

Спосіб життя або інформаційні потреби

- ☐ Фізичні вправи та активність
- ☐ Дієта та харчування
- ☐ Альтернативні методи лікування
- ☐ Планування моїх майбутніх пріоритетів
- ☐ Складання заповіту чи юридична консультація
- ☐ Здоров'я та самопочуття
- ☐ Групи підтримки для пацієнта або особи, що його доглядає
- ☐ Управління моїми симптомами

☐ У мене є запитання щодо мого діагнозу, лікування або його наслідків