

Pytania wywiadu pacjenta dotyczące opieki podtrzymującej

Wszyscy pacjenci są proszeni o wypełnienie tego kwestionariusza w ramach standardowej procedury opieki. Prosimy o poświęcenie kilku minut na udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Pozwolą one lepiej dostosować nasze działania do Państwa potrzeb.

Jak często w ciągu ostatnich 14 dni martwił(a) się Pan/Pani następującymi problemami? ¹					
Proszę zaznaczyć jedno pole w wierszu		W ogóle	Kilka dni	Ponad połowę dni	Prawie codziennie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie podenerwowania, niepokoju lub na skrajcu załamania nerwowego					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemożność zaprzestania lub kontrolowania niepokoju					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewielkie zainteresowanie lub przyjemność z wykonywania czynności					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie przygnębienia, smutku lub beznadziei					

Proszę określić, czy w ciągu ostatnich **7 dni** wystąpiły u Pana/Pani jakiegokolwiek z poniższych kwestii. W każdej pozycji należy zaznaczyć odpowiedź Tak lub Nie.

TAK	NIE	<u>Kwestie praktyczne</u> ²	TAK	NIE	<u>Kwestie dotyczące kondycji organizmu</u> ²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy związane z opieką nad dziećmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oddychanie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy z płatnościami za żywność lub mieszkanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaparcia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy z transportem do/z placówki leczniczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biegunka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy w pracy/w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gorączka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy z zakresem ubezpieczenia lub brak ubezpieczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nudności lub wymioty
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Płatności za stosowanie leków lub opiekę medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zmiany w ilości oddawanego moczu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utrudnione żucie lub połykanie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zapalenia jamy ustnej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchość w ustach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opuchlizna ramion lub nóg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Szybkie uczucie pełności lub opuchlizna brzucha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intymność płciowa lub funkcje seksualne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchość/swędzenie skóry, pęcherze/bóle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mrowienie w dłoniach/stopach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wygląd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spożycie alkoholu/leków
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TAK	NIE	<u>Kwestie związane z duchowością/religią/wiarą</u> ⁵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam poczucie celu lub sensu życia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odczuwam spokój
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Znajduję siłę w wierze i przekonaniach

Proszę uzupełnić na odwrocie

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Czy w ciągu ostatnich 7 dni odczuwał/a Pan/Pani ból? ^{1,6} Jeśli ból nie występował, proszę pominąć ten punkt i przejść do punktu „Uczucie zmęczenia/wyczerpania”. Jeśli ból występował, proszę zaznaczyć po jednym polu w każdym z poniższych wierszy.				
		Brak bólu	Łagodny	Umiarkowany	Silny	Bardzo
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uczucie zmęczenia/wyczerpania		Nieznacznie	Trochę	Znacznie	Bardzo
Proszę zaznaczyć jedno pole w wierszu ⁷		W ogóle			
W ciągu ostatnich 7 dni odczuwałem/am zmęczenie (wyczerpanie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 7 dni miałem/am trudności z rozpoczynaniem czynności z powodu zmęczenia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu w ciągu ostatnich 7 dni był/a Pan/Pani wyczerpany/a?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak ocenia Pan/Pani stopień swojego wyczerpania w ciągu ostatnich 7 dni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktywność fizyczna		Bez żadnych trudności	Z niewielkimi trudnościami	Z umiarkowanymi trudnościami	Ze znacznymi trudnościami	Brak możliwości wykonania
Proszę zaznaczyć jedno pole w wierszu ⁸						
Czy może Pan/Pani wykonywać prace porządkowe, np. odkurzanie czy prace w ogrodzie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy może Pan/Pani wchodzić i schodzić po schodach w normalnymi tempie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy może Pan/Pani załatwiać sprawy i robić zakupy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przez większość dnia może Pan/Pani funkcjonować, nie leżąc w łóżku?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy może Pan/Pani wykonywać czynności osobiste, takie jak ubieranie, czesanie, toaleta, jedzenie czy branie kąpeli?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne problemy lub kwestie² : _____

*Narzędzie opracowano na podstawie następujących prac: (1) Metoda PHQ-4 opracowana przez; dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke i współpracowników; (2) Wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) wersja 2.2014 Distress Management; (3) Kaiser, M.J., et al., Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging, 2009. 13(9): str. 782-8.; (4) Living Well Cancer Resource Center Distress Tool. (5) Munoz, A. R., et al. (2015). „Reference values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being: a report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors.” Cancer 121(11): 1838-1844. (6) PROMIS Item Bank v1.0 Pain Intensity Short Form 3a; (7) PROMIS Item Bank v1.0 Fatigue Short Form 4a; (8) PROMIS Item Bank v1.0 Physical Function Short Form 4a; i PROMIS item bank