

Bästa patient!

För att kunna hjälpa dig att mår så bra som möjligt är det till hjälp att få veta lite mer om dig, dina besvär, hur din vardag ser ut och vilka funderingar du har kring din(a) sjukdom(ar).

Som hjälp har du förslag på frågor längre ner men det går naturligtvis bra att formulera med dina egna ord.

Med vänliga hälsningar

Personalen på Palliativa Vårdenheten Västervik

Ditt namn \_\_\_\_\_

Ditt personnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**F1. Vilka har dina huvudsakliga problem eller bekymmer varit den senaste veckan?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**F2. Vänligen markera den ruta som bäst beskriver hur nedanstående symtom har påverkat dig den senaste veckan.**

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Värsta tänkbara
Smärta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Andnöd	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Svaghet/ bristande energi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ångest/oro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Illamående	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kräkningar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dålig aptit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Förstoppning	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ont eller torr i munnen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dåsighet	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nedsatt rörlighet	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eventuellt andra symtom					
1.					
2.					
3.					

Övriga besvär/ problem:

---



---



---

Om du besväras av orkeslöshet, hur stor del av dagen behöver du vila?

Mer än hälften av min vakentid

Mindre än hälften av min vakentid

I stort sett hela dygnet

**Under den senaste veckan:**

	Nej, inte alls	Vid enstaka tillfällen	Ibland	Ofta	Ja, hela tiden
<b>F3. Har någon av dina närstående känt oro eller varit bekymrade för dig?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>F4. Har du känt dig nedstämd?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Ja, hela tiden	Ofta	Ibland	Vid enstaka tillfällen	Nej, inte alls
<b>F6. Har du känt lugn och ro inombords?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F7. Har du berättat för dina närstående hur du mår?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F8. Har du fått så mycket information som du önskar?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Har fått hjälp/ inga problem	Har oftast fått hjälp	Har delvis fått hjälp	Har knappast fått hjälp	Har inte fått hjälp
<b>F9. Har du fått hjälp med praktiska problem?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	På egen hand	Med hjälp av vän eller släkting	Med hjälp av vårdpersonal
<b>F10. Hur svarade du på detta frågeformulär?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du känner dig orolig över någon av frågorna som tagits upp i formuläret, vänligen tala med din läkare eller sjuksköterska.