

Pro personál – Číslo pacienta:

--	--	--	--	--	--

# IPOS

## Formulář pro pacienty

Jméno: .....

Datum: (dd/mm/rrrr)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Vyplňte, prosím, čitelně, do každého políčka vepište jedno písmeno či číslici.  
Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o vás i o další pacienty.**

**Děkujeme.**

**Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?**

1a.
1b.
1c.

**Otázka 2. – Zde je seznam obtíží, které jste u sebe mohli – ale nemuseli – pozorovat.  
Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak vás tato  
obtíž ovlivnila během posledních 3 dnů.**

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>Bolest</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Dušnost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Slabost či nedostatek energie</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nevolnost (pocit na zvracení)</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zvracení</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nechutenství</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zácpa</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Bolesti či sucho v ústech</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Ospalost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Snížená pohyblivost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka  
označte, jak vás tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.**

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>2a</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2b</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2c</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## V posledních třech dnech:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
<b>Otázka 3.</b> Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 4.</b> Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 5.</b> Cítili jste se depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
<b>Otázka 6.</b> Pocítujete vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 7.</b> Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 8.</b> Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
<b>Otázka 9.</b> Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Sám/a	S pomocí někoho z přátel či příbuzných	S pomocí někoho z ošetřujícího personálu
<b>Otázka 10.</b> Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů či sester.**