

Pro personál – Číslo pacienta:

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

IPOS

Formulář pro pacienty

Jméno a Příjmení:

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
Bolest	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dušnost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Slabost či nedostatek energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zvracení	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nechutenství	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zácpa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bolesti či sucho v ústech	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ospalost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Snížená pohyblivost	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
2a	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2b	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2c	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
Otázka 3. 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"/>
Otázka 4. 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"/>
Otázka 5. Cítil 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
Otázka 6. Pocítujete vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 7. 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"/>
Otázka 8. 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
Otázka 9. 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
Otázka 10. 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.