

Pro personál – Číslo pacienta:

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

IPOS

Formulář pro personál

Jméno a Příjmení:

Datum: (dd/mm/rrrr)

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

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

1a.
1b.
1c.

Otázka 2. – Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak byl pacient ovlivněn touto obtíží 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 pacienta 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. Cítil/a úzkost nebo obavy ze své 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 její/jeho rodiny úzkost nebo obavy o ní/něj?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 5. Myslíte si, že se cítil/a 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. Myslíte si, že pociťuje vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 7. Byl pacient schopen hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítí?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 8. Dostal pacient tolik informací, kolik si přál 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 jejího/jeho onemocnění?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>