

## Lista możliwych obaw – identyfikacja obaw

Imię i nazwisko lub etykieta pacjenta

Przydzielony pracownik:

Data:

Numer kontaktowy:

Przeprowadzenie niniejszej samooceny jest dobrowolne, jednak pomoże nam ona zrozumieć Twoje obawy i odczucia. Dzięki niej będziemy także mogli zidentyfikować informacje i wsparcie, jakiego możesz potrzebować. Jeśli którekolwiek z kwestii wymienionych poniżej były dla Ciebie źródłem obaw w ostatnim czasie i chcesz porozmawiać o nich z przydzielonym pracownikiem, oceń intensywność swojej obawy w skali od 1 do 10, gdzie „10” oznacza największą obawę. Zostaw pole puste, jeśli dany problem Ciebie nie dotyczy albo nie chcesz o nim teraz rozmawiać.

### Problemy natury fizycznej

- Problemy z oddychaniem
- Oddawanie moczu
- Zaparcia
- Biegunka
- Jedzenie, apetyt lub smak
- Niestrawność
- Przełykanie
- Kaszel
- Bolesność lub suchość albo wrzody w jamie ustnej
- Mdłości lub wymioty
- Uczucie zmęczenia/wyczerpania lub znużenia
- Opuchlizna
- Wysoka temperatura lub gorączka
- Przemieszczanie się (chodzenie)
- Uczucie mrowienia w rękach lub stopach
- Ból lub dyskomfort
- Uderzenia gorąca lub pocenie się
- Suchość, swędzenie lub bolesność skóry
- Zmiany wagi
- Pielęgnacja ran
- Pamięć lub koncentracja
- Wzrok lub słuch
- Problemy z mówieniem lub głosem
- Mój wygląd
- Problemy ze snem

- Seks, bliskość i płodność
- Inne problemy medyczne

### Sprawy praktyczne

- Opieka nad innymi osobami
- Praca lub nauka
- Pieniądze i finanse
- Podróżowanie
- Mieszkanie
- Transport lub parkowanie

- Mówienie i bycie rozumianym
- Pranie i dbanie o dom

- Zakupy produktów spożywczych
- Mycie i ubieranie się

- Przygotowywanie posiłków i napojów
- Zwierzęta domowe

- Problemy z planowaniem

- Zaprzestanie palenia

- Problemy z alkoholem lub narkotykami

- Przyjmowanie leków

### Obawy emocjonalne

- Niepewność
- Utrata zainteresowania różnymi aktywnościami
- Brak umiejętności wyrażania uczuć
- Myślenie o przyszłości
- Poczucie żalu dotyczące przeszłości
- Złość lub frustracja

- Poczucie osamotnienia lub odizolowania
- Smutek lub depresja
- Poczucie beznadziejności
- Poczucie winy
- Zmartwienie, lęk lub niepokój
- Niezależność

### Relacje z rodziną lub innymi osobami

- Partner(ka)
- Dzieci
- Inni krewni/przyjaciele/znajomi
- Osoba, która się mną opiekuje
- Osoba, którą ja się opiekuję

### Kwestie duchowe

- Wiara lub duchowość
- Poczucie sensu lub celu życia

- Odczucia niezgodne z własną kulturą, przekonaniami lub wartościami

### Informacje lub wsparcie

- Ćwiczenia i aktywność fizyczna
- Dieta i odżywianie się
- Terapie uzupełniające
- Planowanie priorytetów
- Sporządzenie testamentu lub uzyskanie porady prawnej
- Zdrowie i samopoczucie
- Grupy wsparcia pacjenta lub opiekuna
- Radzenie sobie z objawami

Mam pytania dotyczące postawionej mi diagnozy, leczenia lub jego skutków

Wypełnia przydzielony pracownik

Kopia dla pacjenta

Kopia dla lekarza pierwszego kontaktu