

口服化疗药物患者评估工具

日期: _____ 口服化疗药物编号: _____	
埃德蒙顿症状评估系统: (ESAS-r)	

请圈出最能描述您目前感受的数字:

无疼痛感	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大疼痛感
无疲惫感 <small>(疲倦感 = 缺乏活力)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大疲惫感
无困倦感 <small>(困倦感 = 感到昏昏欲睡)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大困倦感
无恶心感	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大恶心感
未感到缺乏食欲	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	最大程度上感到缺乏食欲
未感到呼吸急促	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	最大程度上感到呼吸急促
无抑郁感 <small>(抑郁感 = 感到悲伤)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大抑郁感
无焦虑感 <small>(焦虑感 = 感到紧张)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大焦虑感
最佳的状态 <small>(状态 = 您的整体感受)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	最差的状态
未便秘	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重便秘
未腹泻	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重腹泻
无刺痛感/麻木感	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极大刺痛感/麻木感
无口舌生疮	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重口舌生疮
无皮疹	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重皮疹

患者姓名 _____

药品名称: _____

日期 _____ 时间 _____

填表人 (勾选一项):

- 患者
 医疗保健专业护理员

- 家庭护理员
 由护理员协助填写
 由护理员协助填写

