

أداة تقييم المريض للعلاج الكيميائي الفموي

التاريخ: _____ رقم تعريف العلاج الكيميائي الفموي: _____
نظام إدمنتون لتقييم الاعراض: (ESAS-r)

يُرجى وضع دائرة حول الرقم الذي يصف بشكل أفضل ما تشعر به الآن:

لا يوجد ألم	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ألم أسوأ ما يمكن
لا يوجد تعب (التعب = نقص الطاقة)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	تعب أسوأ ما يمكن
لا يوجد نعاس (النعاس = الشعور بالرغبة في النوم)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	نعاس أسوأ ما يمكن
لا يوجد غثيان	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	غثيان أسوأ ما يمكن
لا يوجد فقدان في الشهية	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	فقدان في الشهية ما يمكن
لا يوجد ضيق في التنفس	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ضيق في التنفس ما يمكن
لا يوجد اكتئاب (الاكتئاب = الشعور بالحزن)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	اكتئاب أسوأ ما يمكن
لا يوجد قلق (القلق = الشعور بالتوتر)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	قلق أسوأ ما يمكن
أفضل عافية (العافية = كيف تشعر بشكل عام)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	عافية أسوأ ما يمكن
لا يوجد إمساك	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	إمساك أسوأ ما يمكن
لا يوجد إسهال	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	إسهال أسوأ ما يمكن
لا يوجد توخز/خدر	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	توخز/خدر أسوأ ما يمكن
لا يوجد تقرحات في الفم	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	تقرحات في الفم ما يمكن
لا يوجد طفح جلدي	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	طفح جلدي أسوأ ما يمكن

اسم المريض _____

اسم الدواء: _____

التاريخ _____

الوقت _____

الشخص الذي أكمله (حدد خيارًا واحدًا):

المريض

مقدم رعاية متخصص في الرعاية الصحية

مقدم الرعاية الأسرية

بمساعدة مقدم الرعاية

بمساعدة مقدم الرعاية

أداة تقييم المريض للعلاج الكيميائي الفموي

التاريخ: / / الأحرف الأولى من اسم المريض: _____ رقم السجل الطبي: _____ رقم تعريف العلاج الكيميائي الفموي: _____

- ما هو العَرَض (الأعراض) الأكثر إزعاجًا الذي تعاني منه وتعتقد أنه ناتج عن الدواء الذي تتناوله لعلاج السرطان؟

- ما مدى ثقتك في قدرتك على التعامل مع العَرَض (الأعراض) المذكور أعلاه بنفسك (إما عن طريق تعديل النظام الغذائي، أو ممارسة الرياضة، أو النوم أو عوامل أخرى أو عن طريق تناول أدوية بدون وصفة طبية أو أدوية بوصفة طبية للمساعدة)؟ ضع دائرة حول ما تختاره من القائمة الموجودة أدناه.

أنا غير واثق 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 أنا واثق.

- ما مدى ثقتك في قدرتك على معرفة متى تحتاج إلى طلب الرعاية الطبية للعَرَض (الأعراض) الذي تعاني منه؟ ضع دائرة حول ما تختاره من القائمة الموجودة أدناه.

أنا غير واثق 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 أنا واثق.

- عند التفكير في الأسابيع الأربعة الماضية، يُرجى تقييم قدرتك على تناول دواء السرطان عن طريق الفم على النحو الموصوف (ضع دائرة حول ما تختاره من القائمة الموجودة أدناه).

- (A) ممتازة
(B) جيدة جدًا
(C) جيدة
(D) مقبولة
(E) ضعيفة

- هناك العديد من الأسباب التي تجعل الناس غير قادرين على تناول دواء السرطان عن طريق الفم. عند التفكير تحديداً في الدواء الذي تتناوله عن طريق الفم، أي من الأسباب التالية لعدم تناول الدواء ينطبق عليك؟ (اختر كل ما يؤثر عليك)

- لقد عانيت من آثار جانبية من هذا الدواء
- لم يكن لدي المال لدفع ثمن الدواء
- لا أعتقد أنني عُدت بحاجة إلى هذا الدواء
- لا أعتقد أن هذا الدواء يجدي نفعًا بالنسبة لي
- لدي مخاوف بشأن الآثار الجانبية المحتملة لهذا الدواء
- لدي مخاوف بشأن الآثار طويلة المدى لهذا الدواء
- لم يكن لدي الدواء لأن الصيدلية نفذ لديها هذا الدواء
- لم يكن لدي الدواء لأنه وصل متأخرًا من الصيدلية
- أواجه مشكلة في التعامل مع جميع الأدوية التي أتناولها
- كنت سأتناوله ولكنه فاتني ببساطة.
- كنت سأتناوله ولكن فاتني بسبب جدول الأعمال المزدحم
- كنت سأتناوله ولكن لدي مشاكل وهي نسيان الأشياء في حياتي اليومية
- غير ذلك