

IPOS – Formulář pro pacienty

Jméno Příjmení

Rodné číslo ID pacienta (rodné číslo bez lomítka)

Datum záznamu **Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o Vás 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dušnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slabost či nedostatek energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevolnost (pocit na zvracení)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zvracení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nechutenství	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zácpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolest či sucho v ústech	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ospalost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snížená pohyblivost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V posledních 3 dnech

	vůbec	výjimečně	občas	velmi často	pořád
Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítil/a jste se depresivně?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V posledních 3 dnech

	pořád	většinu času	občas	zřídka	vůbec
Pociťujete vnitřní klid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> problémy řešeny / žádné problémy | <input type="radio"/> problémy spíše neřešeny |
| <input type="radio"/> problémy většinou řešeny | <input type="radio"/> problémy vůbec neřešeny |
| <input type="radio"/> problémy částečně | |

Jak jste vyplnil/a tento dotazník?

- ☐ sám/a
☐ s pomocí někoho z přátel či příbuzných
☐ s pomocí někoho z ošetřujícího personálu

Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů či sester.