

Имя пациента: _____
 Паспорт : _____
 Дата: _____

Заполнено (отметьте один вариант):

- Пациент
 Семья
 Медицинский работник

1. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-R):

Пожалуйста, обведите кружком число, которое наиболее точно описывает, как вы чувствуете себя **СЕЙЧАС**:

Нет боли	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная боль
Нет усталости <i>(Усталость = отсутствие энергии)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная усталость
Нет сонливости	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная сонливость
Нет тошноты	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная тошнота
Нет потери аппетита	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная потеря аппетита
Нет одышки	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная одышка
Нет депрессии <i>(Депрессия = чувство печали)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная депрессия
Нет тревоги <i>(Тревога = чувство нервозности)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самая сильная тревога
Наилучшее самочувствие	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Наихудшее самочувствие <i>(Самочувствие = как чувствуете себя в целом)</i>
Нет Другая проблема <i>(например, запор)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самое сильное/худшее

2. Канадский контрольный список проблем (CPC):

Пожалуйста, отметьте пункты, которыми вы были обеспокоены или которые были для вас проблемой на прошлой неделе, включая сегодня:

Эмоциональные:

- Страхи/Беспокойства
- Печаль
- Разочарование/Гнев
- Изменения во внешности
- Интимность/Сексуальность

Практические:

- Работа/Школа
- Финансы
- Способы добраться до встреч и обратно
- Жилищные

Информационные:

- Понимание своей болезни и / или лечения
- Общение с врачами
- Принятие решений о лечении
- Знание доступных ресурсов

Духовные:

- Смысл/цель жизни
- Вера

Социальные/ Семейные:

- Ощущение себя обузой для других
- Беспокойство о семье/друзьях
- Чувство одиночества

Физические:

- Концентрация/память
- Сон
- Вес
- Запор/диарея
- Глотание
- Падение/Потеря баланса

3. Анкета здоровья пациента (PHQ-9)

Как часто за **последние 2 недели** вас беспокоили следующие проблемы?

(Используйте "✓" для выбора ответа)

	Совсе м нет	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Мало интереса или удовольствия деятельности.....	0	1	2	3
2. Чувство подавленности, депрессии или безнадежности.....	0	1	2	3
3. Проблемы с засыпанием или сном, или большим количеством сна.....	0	1	2	3
4. Чувство усталости или мало энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание.....	0	1	2	3
6. Чувствуете себя плохо — или что вы неудачник или подвели себя или свою семью.....	0	1	2	3
7. Проблемы с концентрацией внимания, например, при чтении газеты или просмотре телевизора.....	0	1	2	3
8. Двигаетесь или говорите так медленно, что другие могли бы заметить? Или наоборот — бываете настолько суетливы или беспокойны, что двигаетесь больше обычного.	0	1	2	3
9. Мысли о том, что лучше умереть или навредить себе каким-либо образом.....	0	1	2	3

(Для кодирования: **Общий балл** _____ = ____ + ____ + ____)

4. Генерализованное тревожное расстройство (GAD-7)

За **последние 2 недели**, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

(Используйте "✓" для выбора ответа)

	Совсем нет	Нескольк о дней	Более половин ы дней	Почти каждый день
1. Чувство нервозности, тревоги или «на границе»	0	1	2	3
2. Неспособность остановить или контролировать беспокойство	0	1	2	3
3. Слишком много беспокойства о разных вещах	0	1	2	3
4. Проблемы с расслаблением	0	1	2	3
5. Так беспокойны, что трудно сидеть на месте	0	1	2	3

6. Легко раздражаетесь	0	1	2	3
7. Чувство страха, словно может произойти что-то ужасное	0	1	2	3

(Для кодирования: *Общий балл* ____ = ____ + ____ + ____)

Оригинал: <https://links.lww.com/OR9/A35>