| ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale | **IPOS PAZIENTE** | **SC Anestesia Territoriale e cure Palliative** |
|---|---|---|
| **SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance** | **Vers.1/2025 Rev.00** | **Direttore: Dott.ssa Vanna Chessa IFO: Dott. Francesco Murgia** |

**Paziente negli ultimi 7 giorni**

**PAZIENTE: .....DATA: .....**

1. **Quali sono stati i suoi problemi o le sue preoccupazioni più importanti nell'ultima settimana?**

   a. .....

   b. .....

   c. .....

2. **Per ciascun sintomo segni la casella che descrive meglio quanto quel sintomo l'ha disturbata nell'ultima settimana**

   (*in caso di fluttuazioni del sintomo, indichi un valore medio)*

| Sintomi | No, per niente | Leggermente | Moderatamente | In modo severo | In modo intollerabile |
|---|---|---|---|---|---|
| Dolore | | | | | |
| Mancanza di fiato | | | | | |
| Debolezza o mancanza di energia | | | | | |
| Nausea | | | | | |
| Vomito | | | | | |
| Scarso appetito | | | | | |
| Stitichezza | | | | | |
| Problemi al cavo orale | | | | | |
| Sonnolenza | | | | | |
| Problemi di mobilizzazione | | | | | |

| Eventuali altri sintomi | No, per niente | Leggermente | Moderatamente | In modo severo | In modo intollerabile |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Negli ultimi 3 giorni:**

| | No, per niente | Raramente | Qualche volta | La maggior parte del tempo | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| Si è sentito in ansia o preoccupato per la Sua malattia o per le terapie? | | | | | |
| Qualcuno dei suoi cari è stato in ansia o preoccupato per Lei? | | | | | |
| **Si è sentito depresso?** | | | | | |
| | **Sempre** | **La maggior parte del tempo** | **Qualche volta** | **Raramente** | **No, per niente** |
| Si è sentito in pace con sé stesso? | | | | | |
| Ha potuto condividere i Suoi stati d'animo con i suoi cari nel modo che desiderava? | | | | | |
| Ha ricevuto tutte le informazioni che desiderava? | | | | | |
| | **Problemi affrontati (o assenza di problemi)** | **Problemi in maggior parte affrontati** | **Problemi parzialmente affrontati** | **Problemi affrontati in minima parte** | **Problemi non affrontati** |
| Sono stati affrontati eventuali problemi pratici, personali o economici derivanti dalla malattia? | | | | | |

- **Come ha compilato il questionario?**

☐ da solo

☐ con l'aiuto di un familiare o di un amico

☐ con l'aiuto di un membro dello staff

**Se si sente preoccupato per qualsiasi aspetto sollevato dal questionario si senta libero di parlarne con il suo medico o infermiere**