

Oddelek za onkologijo
Enota za paliativno oskrbo

Datum: _____

EDMONTONOV VPRAŠALNIK SIMPTOMOV

Prosim obkrožite številko, ki najbolje opisuje vaše **TRENTNO POČUTJE**.

Brez bolečin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna bolečina
Brez utrujenosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna utrujenost
Brez zaspanosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna zaspanost
Brez slabosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna slabost
Brez izgube apetita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna izguba apetita
Brez občutka dispneje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujši možen občutek dispneje
Brez depresije	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna depresija
Brez anksioznosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna anksioznost
Najboljše blagostanje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najslabše možno blagostanje
Ostale težave: Brez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možno
Brez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možno
Brez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možno
Brez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možno

Izpolnil (ustrezno obkroži):

- ☐ Bolnik
- ☐ Negovalec (član družine)
- ☐ Negovalca (zdravstveni delavec)
- ☐ Bolnik ob pomoči negovalca

Izmerjene vrednosti vitalnih funkcij:

RR: _____

P: _____

SpO2: _____

VF izmeril: _____

Označite mesto bolečine

