

亲爱的患者/家人：

您的护理小组需了解並观察各种症状对阁下生活质素造成之影响。我们特附背页的评估表作此用。

有些肾病患者会出现影响他们生活的症状。常见的症状包括：

- 身体常感不适
- 疼痛
- 感到悲伤、“忧郁”、或沮丧
- 恶心
- 缺乏气力
- 感到焦虑和担忧
- 食欲欠佳
- 不宁腿

请翻到背面完成“我的症状评估表”。我们要知道您过去一个星期内感觉如何。这样可帮助我们观察您有哪些症状，並了解这些症状如何影响您的生活。我们或许不能舒缓您所有的症状，但会设法帮您改善整体的健康状况。

如您对这份评估表有任何疑问，请与我们联系。

您的肾病护理小组 谨启

简介视频



我的症状评估表*

此评估表能助您的护理小组了解并观察您的各种症状。详情请参阅背页。

日期: _____ (日期-月份-年份)

时间: _____ (24小时制之时刻:分钟)

PATIENT INFORMATION/LABEL

Name: _____







Address: _____

Phone: _____

PHN: _____

请圈出最准确地描述您在过去一星期内的症状的数字:

症状等级: 0 = 无此症状 10 = 此症状最严重的情况

												
无疼痛 No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度疼痛 Worst possible pain
无疲倦 Not tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度疲倦 Worst possible tiredness
无恶心 Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度恶心 Worst possible nausea
无沮丧 Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度沮丧 Worst possible depression
无焦虑 Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度焦虑 Worst possible anxiety
无困倦 Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度困倦 Worst possible drowsiness
食欲极佳 Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	食欲极差 Worst possible appetite
感到极安宁 Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	感到极不安宁 Worst possible feeling of wellbeing
无呼吸急促 No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度呼吸急促 Worst possible shortness of breath
无痕痒 No itch	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极度痕痒 Worst possible itch
无睡眠问题 No problem sleeping	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	睡眠有极严重问题 Worst possible problem sleeping
无不宁腿 No restless legs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	不宁腿极严重 Worst possible restless legs

如有任何其他症状或担忧, 请注明: _____

无此症状
No symptom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

此症状最严重的情况
Worst possible symptom

This section to be completed by staff.

Scale completed by: (check one)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> See progress notes for follow up on symptoms |
| <input type="checkbox"/> Care Team Member Assisted | <input type="checkbox"/> Care plan updated |
| <input type="checkbox"/> Family Member | <input type="checkbox"/> Results entered in PROMIS |
| <input type="checkbox"/> Patient refused (note why if known) | Enter date: _____ Entered by: _____ |

