

Lisa 9. IPOS, patsiendi versioon, hindamine viimase nädala kohta (näidis)

Personalile - patsiendi number:

--	--	--	--	--	--



IPOS patsiendi versioon

Ees- ja perekonnanimi:

Kuupäev: (pp/kk/aaaa)

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Palun kirjutage selgelt, märkides igasse kasti ühe tähe või numbri.

Teie vastused aitavad meil teie ja teiste ravi paremaks muuta. Aitäh!

K1. Millised on olnud teie põhilised probleemid või mured viimase nädala jooksul?

- 1.
- 2.
- 3.

K2. Allpool on loetletud sümptomid, mis teil võivad, kuid ei pruugi olla esinenud.

Palun tehke iga sümptomi kohta märges ühte kasti, mis kirjeldab kõige paremini, kuidas see sümptom teid viimase nädala jooksul on mõjutanud.

	Üldse mitte	Kergelt	Mõeldukalt	Tugevalt	Väga tugevalt
Valu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Õhupuudus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nõrkus või energiapuudus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Iiveldus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Oksendamine	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sõogiisu vähenemine	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kõhukinnisus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Suu valulikkus või kuivus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Uimasus	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Liikumisraskused	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Palun loetlege mis tahes muud sümptomid, mida eespool ei ole nimetatud, ja tehke märges ühes kasti, mis näitab, millist mõju need on teile viimase nädala jooksul avaldanud.

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Viimase nädala jooksul:

	<i>Üldse mitte</i>	<i>Harva</i>	<i>Aeg-ajalt</i>	<i>Suurema osa ajast</i>	<i>Kogu aeg</i>
K3. Kas olete tundnud ärevust või muret oma haiguse või ravi pärast?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
K4. Kas keegi teie pereliikmetest või sõpradest on teie pärast ärevust või muret tundnud?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
K5. Kas olete olnud masenduses?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Kogu aeg</i>	<i>Suurema osa ajast</i>	<i>Aeg-ajalt</i>	<i>Harva</i>	<i>Üldse mitte</i>
K6. Kas olete tundnud endas sisemist rahu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
K7. Kas olete saanud jagada oma tundeid pereliikmete või sõpradega nii palju kui soovisite?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
K8. Kas olete saanud nii palju teavet kui soovisite?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Probleemidega on tegeletud / probleeme ei ole</i>	<i>Probleemidega on enamasti tegeletud</i>	<i>Probleemidega on osaliselt tegeletud</i>	<i>Probleemidega on vähe tegeletud</i>	<i>Probleemidega ei ole tegeletud</i>
K9. Kas teie haigusest tingitud praktiliste (nagu rahaliste või isiklike) probleemidega on tegeletud?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Iseseisvalt</i>	<i>Sõbra või sugulase abiga</i>		<i>Personali abiga</i>	
K10. Kuidas te selle küsimustiku täitsite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kui olete mures ükskõik millise küsimistikus tõstatatud probleemi pärast, palun rääkige pma arsti või meditsiiniõega.