Дата:_____ Лечебное учреждение_____

Ф.И.О. _____ История болезни# _____

Исследование#_____

Оценка основных симптомов
(M. D. Anderson Cancer Center)

Часть 1. Насколько у Вас **выражены** симптомы?

Люди, страдающие онкологическими заболеваниями, часто испытывают симптомы, вызванные самой болезнью или ее лечением. Мы просим Вас оценить, насколько выражены были следующие симптомы за **последние 24 часа.** Пожалуйста, в каждом из пунктов отметьте одну цифру от 0 (нет симптомов) до 10 (симптомы настолько выражены, насколько можете себе представить).

SAMPLE

	Нет симптомов 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Настолько выражены, насколько Вы можете себе представить 10
1. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **боль**											
2. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **слабость,** (утомленность)											
3. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **тошнота**											
4. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **нарушение сна**											
5. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **чувство подавленности**											
6. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **одышка**											
7. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **снижение памяти**											
8. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **снижение аппетита**											
9. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **сонливость**											
10. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **ощущение сухости во рту**											

11. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **чувство печали**											
12. Самая ВЫРАЖЕННАЯ **рвота**											
13. Самое ВЫРАЖЕННОЕ **ощущение онемения или покалывания**											

Часть II. Насколько симптомы, испытываемые Вами, повлияли на Вашу жизнь?

Симптомы часто влияют на наше самочувствие и функционирование. Насколько Ваши симптомы в течение последних 24 часов влияли на :

	Не влияли 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Влияли полностью 10
14. Общую активность?											
15. Настроение?											
16. Работу (включая работу по дому)?											
17. Отношения с другими людьми?											
18. Способность ходить?											
19. Способность наслаждаться жизни?											

SAMPLE