



nutritionDay
WORLDWIDE

Ογκολογικός ασθενής Φύλλο3

Ημερομηνία ¹ ___ / ___ / ___

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ⁵



Αγαπητέ ασθενή,

Θα θέλαμε να συμπληρώσετε σήμερα αυτό το ερωτηματολόγιο για τη βελτιστοποίηση της διατροφικής φροντίδας σε αυτήν τη μονάδα. Θα θέλαμε να γνωρίζουμε πώς αισθάνεστε και πόσο δραστήριος/α είστε.

παρακαλούμε σημειώστε ή συμπληρώστε

Ευχαριστούμε για τη βοήθεια

Αρχικά ασθενούς:⁴ τα 2 πρώτα γράμματα του ονόματός σας



τα 2 πρώτα γράμματα του επωνύμου σας



Συνήθες σωματικό βάρος σας πριν να αρρωστήσετε⁵²

 kg

Δεν ξέρω

Τωρινό βάρος σας⁵²

 kg

Δεν ξέρω

Η αλλαγή στο βάρος σας ήταν εκούσια ή ακούσια⁴

εκούσια (προγραμματισμένη)

ακούσια

το βάρος είναι σταθερό

Παρακαλώ σημειώστε ό, τι ισχύει για σας κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:⁵⁵

	καθόλου	λίγο	αρκετά	πάρα πολύ
Πονούσατε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε αδυναμία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε ανορεξία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Παρακαλώ σημειώστε ό, τι καλύτερο ισχύει για εσάς τώρα:⁵⁵

	καθόλου	λίγο	αρκετά	πάρα πολύ
Έχετε πόνο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μήπως χρειάζεστε ξεκούραση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Νιώθετε αδύναμος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθάνεστε κατάθλιψη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε κουρασμένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρεμβάλετε πόνος στις καθημερινές σας δραστηριότητες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχετε έλλειψη όρεξης;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Εάν η όρεξή σας ή η πρόσληψη τροφής σας έχει αλλάξει, παρακαλούμε να αναφέρετε γιατί;¹⁰

ναυτία / έμετος

δυσκοιλιότητα

χορταίνω γρήγορα /

φλεγμονή στο στόμα

διάρροια

απώλεια της όρεξης

πόνος

αλλαγή στη γεύση / οσμή

άλλο

Σε ποια από τις παρακάτω δραστηριότητες μπορείτε να αποδώσετε στο μέγιστο;⁵⁶

(επιλέξτε μόνο μία εναλλακτική)

είμαι σε θέση να κάνω αθλητισμό

είμαι σε θέση να φροντίζω τον εαυτό μου

είμαι πλήρως δραστήριος

είμαι σε θέση να φροντίζω περιορισμένα τον εαυτό μου

είμαι σε θέση να διεξάγω ελαφριές δραστηριότητες

είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι ή την καρέκλα

Τι παίρνετε χωρίς συνταγή γιατρού;¹⁰

τίποτα

πολυβιταμίνες

τσάι βοτάνων

άλλα φάρμακα

συμπληρώματα διατροφής

άλλα

Πραγματοποιείτε κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες;¹⁰

τίποτα

Χαλάρωση

άλλα

Ψυχοθεραπεία

Σταδιακή χαλάρωση μυών

Γιόγκα

Qi Gong (Κινέζικο σύστημα φροντίδας)

Είναι δύσκολο να ακολουθείτε τη θεραπεία σας;⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω

Σας βοήθησε κάποιος να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω

Πιστεύετε ότι εάν συμπεριληφθεί η διατροφή στη θεραπευτική προσέγγιση για τον καρκίνο θα μπορούσε να προσφέρει κάποιο όφελος σε εσάς;⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω

Ναι Όχι Δεν ξέρω