|  |  |
| --- | --- |
| UBG-Onkoloji / FORM-3.ekHasta No: \_\_\_\_ | **Tarih: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_****Hastane Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** **Ünite Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** |
| **N - Geçtiğimiz hafta zarfında (size en uygun olanı işaretleyiniz):** |
|  | **hayır** | **biraz** | **oldukça** | **çok fazla** |
| 1. Ağrınız oldu mu?
 |  |  |  |  |
| 1. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?
 |  |  |  |  |
| 1. Kendinizi güçsüz ve yorgun hissettiniz mi?
 |  |  |  |  |
| 1. Kendinizi bunalmış hissettiğiniz oldu mu?
 |  |  |  |  |
| 1. İştahınız azaldı mı?
 |  |  |  |  |
| **O - Eğer iştahınız veya gıda alımınız değiştiyse nedenini işaretleyiniz. (birden fazla işaretlenebilir)** |
| 1. Bulantı/kusma
2. Ağızda yaralar
3. Ağrı
 | 1. Kabızlık
2. İshal
3. Tat /koku alamama
 | 1. Erken doyma hissi/iştah kaybı
2. Diğer……………………….
 |
| **P - Yapabileceğiniz aktiviteleri işaretleyiniz. (birden fazla işaretlenebilir)** |
| 1. Spor
2. Bütün aktiviteler
3. Hafif aktiviteler
 | 1. Kişisel bakım
2. Kısıtlı kişisel bakım
3. Yatak veya koltuğa bağımlıyım
 |
| **R - Doktorun reçete ettiği ilaçlar dışında aşağıdaki ürünlerden kullandıklarınızı işaretleyiniz. (birden fazla olabilir)** |
| 1. Bitkisel çay
2. Bitkisel kürler
3. Multivitaminler
4. Propolis/arı ürünleri
 | 1. Diğer ilaçlar
2. Diğer ………………………………………..
3. Almadım
 |
| **S-Aşağıdakilerden hangisini yapıyorsunuz? (birden fazla işaretlenebilir)** |
| 1. Psikoterapi
2. Yoga
3. Meditasyon
4. Akupunktur
 | 1. Dua, ibadet
2. Reiki
3. Diğer…………………………………………..
4. Hiçbiri
 |
| **T- Tedavinize uyum sağlamak zor mu?** | * Evet
 | * Hayır
 |
| **U- Kanser tedavinize beslenme desteği eklenmesinin yararı olacağına inanıyor musunuz?** | * Evet
 | * Hayır
 |

 **\* Tüm kanser hastalarına bu form ek olarak doldurulacak**