|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBG-Onkoloji / FORM-3.ek  Hasta 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**