



KARTLEGGING AV PÅKJENNING OG UTFORDRINGER I FORBINDELSE MED KREFTBEHANDLING

I forbindelse med innføring av «Pakkeforløp hjem for pasienter behandlet for kreft» ønsker vi at du fyller ut dette skjemaet før du kommer til avtalt time på sykehuset. Svarene dine vil gi lege/sykepleier nyttig informasjon om hvordan du har det utover selve kreftbehandlingen. Denne informasjonen vil være utgangspunkt for en samtale mellom deg og lege/sykepleier og bidra til å avklare om du har behov for særskilt oppfølging av eventuelle utfordringer.

Personopplysninger

Navn

Fødselsnummer (11 siffer)

Grad av påkjenning

Velg tallet (0-10) som best beskriver hvor stor grad av påkjenning du har opplevd den siste uka, inkludert i dag.

10 – Ekstrem påkjenning

9

8

7

6

5

4





- 3
- 2
- 1
- 0 – Ingen påkjenning

Oversikt over utfordringer og påkjenninger i din hverdag

Merk av om noe av det følgende har vært en utfordring eller påkjenning den siste uka, inkludert i dag, knyttet til din nåværende situasjon.

Praktiske utfordringer

- Omsorg for barn
- Bolig
- Økonomi/forsikring
- Transport
- Jobb/skole/utdanning
- Beslutninger om behandling

Sosiale utfordringer

- Forhold til barn
- Forhold til partner
- Mulighet til å få barn
- Helseproblemer i familien
- Forhold til venner og kollegaer

Emosjonelle utfordringer

- Depresjon
- Frykt
- Nervøsitet
- Nedstemthet
- Bekymringer
- Tap av interesse for vanlige aktiviteter





Åndelige/religiøse bekymringer

Åndelige/religiøse bekymringer

Fysiske utfordringer

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Utseende | <input type="checkbox"/> Hygiene/påkledning | <input type="checkbox"/> Føle seg oppblåst |
| <input type="checkbox"/> Feber | <input type="checkbox"/> Kvalme | <input type="checkbox"/> Tørr/tett nese |
| <input type="checkbox"/> Pusten | <input type="checkbox"/> Mobilitet (ta seg frem) | <input type="checkbox"/> Smerter |
| <input type="checkbox"/> Endringer i vannlating | <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Diaré |
| <input type="checkbox"/> Spising | <input type="checkbox"/> Tretthet | <input type="checkbox"/> Lymfødem |
| <input type="checkbox"/> Kondisjon/muskelstyrke | <input type="checkbox"/> Fordøyelse | <input type="checkbox"/> Hukommelse/konsentrasjon |
| <input type="checkbox"/> Sår i munnen | <input type="checkbox"/> Seksualitet | <input type="checkbox"/> Tørr/kløende hud |
| <input type="checkbox"/> Søvn | <input type="checkbox"/> Rusmisbruk | <input type="checkbox"/> Prikking i hender/føtter |
-

Andre utfordringer

Hvilke av utfordringene ovenfor er av størst påkjenning for deg?





Har du behov for oppfølging relatert til noen av disse?

Ja

Nei

Kanskje

Sted/dato _____

Underskrift _____

