

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

نظام إدمينتون لتقييم الأعراض
(ESAS-R) (نسخة منقحة)

الرجاء وضع دائرة حول الرقم الذي يصف على أفضل وجه كيف تشعر الآن:

أسوأ ألم ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد ألم	Pain
أسوأ إجهاد ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد إجهاد (الإجهاد = انعدام الطاقة)	Tiredness
أسوأ خمول ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد خمول (الخمول = النعاس)	Drowsiness
أسوأ غثيان ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد غثيان	Nausea
أسوأ فقدان ممكن للشهية	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد فقدان للشهية	Lack of Appetite
أسوأ ضيق تنفس ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد ضيق تنفس	Shortness of Breath
أسوأ اكتئاب ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد اكتئاب (الاكتئاب = الشعور بالحزن)	Depression
أسوأ توتر ممكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا يوجد توتر (التوتر = الشعور بالقلق)	Anxiety
أسوأ عافية ممكنة	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	أفضل عافية (العافية = كيف تشعر بوجه عام)	Well-being
أسوأ ما يمكن	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	لا (مشكلة أخرى (الإسك مثلاً))	Other

يُكمل بواسطة (ضع إشارة واحدة)

- المريض
- مقدم الرعاية العائلية
- مقدم الرعاية الصحية المهني
- بمساعدة مقدم الرعاية

اسم المريض _____

التاريخ _____ الوقت _____

رجاء ان تضع علامة علي
الصورة في مكان موضع
الآلم عندك

