

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-R)

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Pain	Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Tiredness	Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Drowsiness	Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Nausea	Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Lack of Appetite	Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Shortness of Breath	Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Depression	Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Anxiety	Nada nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Well-being	Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Other	Nada _____ Otro problema (por ej. sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible _____

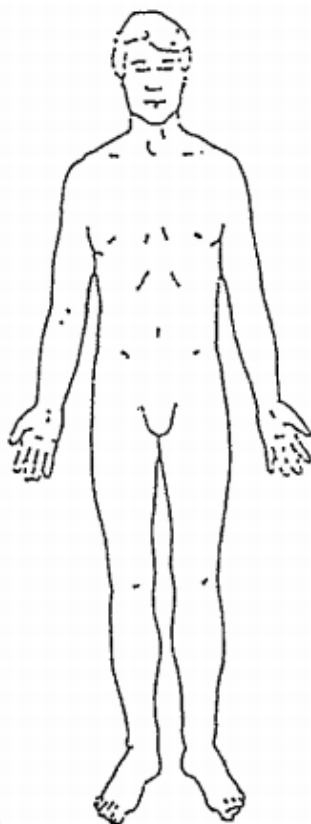
Nombre del paciente _____

Fecha _____ Hora _____

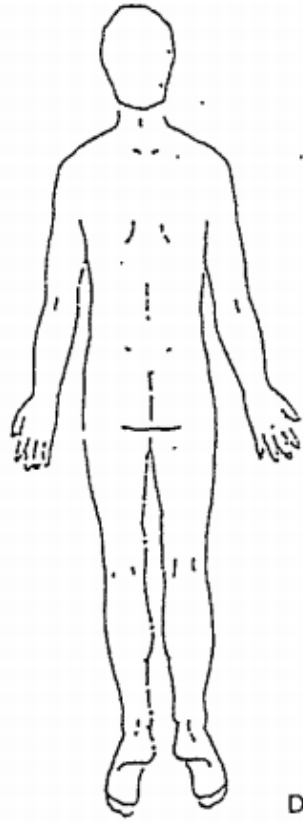
Completado por (marque uno):

- Paciente
- Familiar cuidador
- Sanitario cuidador
- Cuidador ayudado

Por favor, señale en estos dibujos el lugar donde le duele.



Derecha



Derecha