 1(2)

# Hälsoskattning för cancerrehabilitering

Datum:…………………Namn:……………………………………………………………………………………

Personnummer:……………………..Diagnos:..……………………………………………………………………

***Har din cancersjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.***

Inget Litet Besvärande Mycket Kommentar Oro/

problem problem problem besvärande

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | problem |
|  | Trötthet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Sömn | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Smärta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Andning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Minne/koncentration | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Nedstämdhet/  depression | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Oro/ångest | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Äta/dricka | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Illamående | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Stickningar i händer/ fötter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Avföring | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | Urin | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

***Vänd – flera frågor på nästa sida***

HsC v2 © 2016, O-Nevo/Alkebro, UFC/USÖ, Box 1324, 703 13 Örebro. All rights reserved

(2)



***Har din cancersjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.***

Inget Litet Besvärande Mycket Kommentar problem problem problem besvärande

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | problem |
| Utseende | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fysisk aktivitet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sexualitet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Familj/relationer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Existentiella  funderingar ¹ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ekonomi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Arbete/sysselsättning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

¹Existentiella funderingar: Funderingar om livet och döden

HsC v2 © 2016, O-Nevo/Alkebro, UFC/USÖ, Box 1324, 703 13 Örebro. All rights reserved

***Andra problem eller frågor kan du skriva om här:***