 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:***