

# Formularz MPN-SAF TSS

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Wypełnij poniższy formularz, aby monitorować nasilenie objawów.

**Objaw: od 1 do 10, gdzie 0 oznacza brak, a 10 najgorszy możliwy**

Proszę ocenić zmęczenie (wyczerpanie, znużenie) zakreślając kółkiem jedną liczbę, opisującą NAJGORSZY poziom zmęczenia w ciągu ostatnich 24 godzin.

Zmęczenie										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Zakreśl kółkiem jedną liczbę, opisującą stopień trudności, jaki wywoływał każdy z objawów w ostatnim tygodniu

Szybkie uczucie sytości podczas jedzenia (wczesna sytość)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Dyskomfort w jamie brzusznej										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Brak aktywności										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Problemy z koncentracją – w porównaniu z okresem sprzed diagnozy										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Nocne poty										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Uczucie swędzenia (świąd)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Ból kości (rozproszony, nie ból stawów ani zapalenie stawów)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Gorączka (> 37,8°C lub 100°F)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

Niezamierzona utrata masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(BRAK)

(NAJGORSZE MOŻLIWE)

--