

HASTA VE YAKINLARI/AİLESİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Tanı:

Evre:

Tedavi Türü:

GEREKSİNİMLER	Eğitim Almak İster misiniz?	
	EVET	HAYIR
Unutkanlık		
Bulantı-Kusma		
Yorgunluk		
İştahsızlık		
Güçsüzlük		
Kilo kaybı		
Uyku sorunları		
Sıcak basması/Gece terlemesi		
Kramp		
Ağrı		
Nefes darlığı		
Karıncalanma/Uyuşma		
İshal		
Kabızlık		
Ağız yarası		
İnatçı öksürük		
Beslenme ve diyet		
Cinsel sorunlar		
Sinirlilik		
Vajinal kuruluk		
Belirsizlik		
Umutsuzluk		
Manevi sorunlar		
Sosyal/aile iletişim sorunları		
Tedaviyle ilgili sorunlar		
Bakımla ilgili sorunlar		
Yaşam tarzı ile ilgili sorunlar		