

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

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

Por favor, coloque um círculo em volta do número que corresponde à sua avaliação para cada sintoma, neste preciso momento:

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço (Cansaço= falta de energia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem sonolência (Sonolência = sentir-se com sono)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de sonolência possível
Sem náuseas / enjoo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de náuseas/enjoo possível
Sem falta de apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de falta de ar possível
Sem depressão (Depressão = sentir-se triste)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade (Ansiedade = sentir-se nervoso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de ansiedade possível
Melhor nível de bem estar (Bem-estar = como se sente em geral)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior nível de bem estar possível
Sem _____ (Outro problema, por exemplo prisão de ventre)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior possível

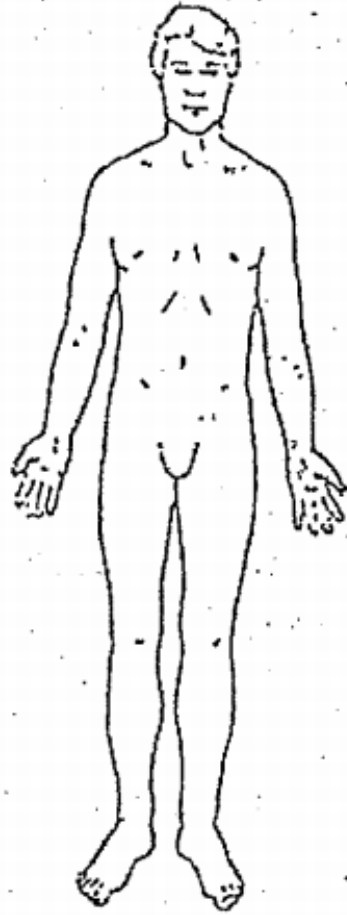
Patient's Name _____

Date _____ Time _____

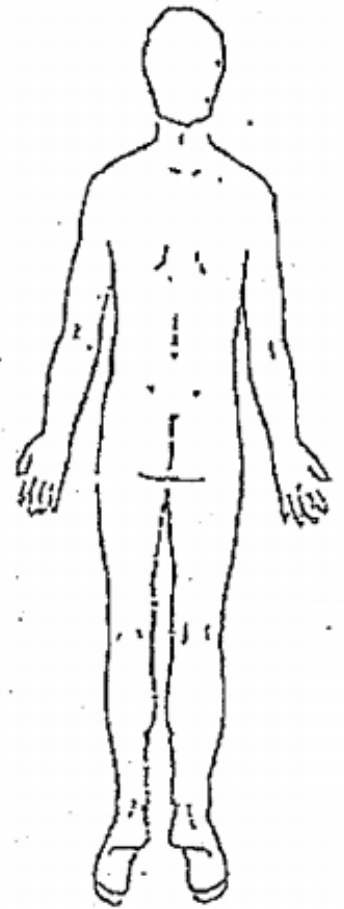
Completed by (check one):

- Patient
- Family Caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

Marque onde que doi



Lado
Directo



Lado
Directo