|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIM FB Onkologie**  **. Ambulatorium**  **. Bettenstationen**  **Palliativzentrum** | Personalienkleber |

Datum ..................................

Edmonton Symptom Erfassungs-System

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte markieren Sie mit einer Nummer das Ausmass/die Stärke in den letzten 24 Stunden: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Kein Schmerz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst möglicher |
| aktuell | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Schmerz aktuell |
| Maximaler Schmerz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in den letzten 24h | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| Minimaler Schmerz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in den letzten 24h | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| Keine Müdigkeit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| (Mangel an Energie) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Müdigkeit |
| Keine |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| Übelkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Übelkeit |
| Keine Depressivität |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| (Gefühl von Traurigkeit) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Depressivität |
| Keine Angst |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| (Innere Unruhe/ Nervosität) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Angst |
| Keine Benommenheit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| (Schwindel/Schläfrigkeitsgefühl) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Benommenheit |
| Bester |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst möglicher |
| Appetit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Appetit |
| Bestes Wohlbefinden |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliches |
| (Wie Sie sich insgesamt fühlen) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Wohlbefinden |
| Keine |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| Atemnot | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Atemnot |
| Besteht ein anderes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Schlimmst mögliche |
| Problem? .......................  (z.b. Verstopfung) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | .............................. |

Ausgefüllt durch: ( ) Patient selbstständig

( ) Patient quantifiziert selbst, mit Unterstützung Angehörige

( ) Patient quantifiziert selbst, mit Unterstützung Professionelle

( ) Fremdeinschätzung mit grober Kategorisierung