



EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Patientnummer

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en <u>kort</u> tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1 2 3 4 5 6 7

Meget dårlig

Særdeles god

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

Nej

Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A: _____	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

Besvarede du spørgeskemaet:

Uden hjælp fra personale *eller*

Med hjælp fra personale?

CAM til screening for delir

Vurderes forud for udfyldelse af EORTC-skema

1. AKUT ÆNDRING

Ja nej

- Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale status i forhold til baseline?
- Varierer patientens mentale tilstand over døgnet?
- Er der øget eller sænket motorisk aktivitet?

2. UOPMÆRKSOMHED

Ja nej

- Har patienten besvær med at holde opmærksomheden, f.eks. ved nemt at blive distraheret eller ved at have problemer med at holde styr på hvad der blev sagt?
- Evt. teste om patienten kan tælle baglæns fra 20 (hvis ikke, er det tegn på uopmærksomhed)

3. UORGANISERET TANKEGANG

Ja nej

- Er patientens tankevirksomhed uorganiseret eller usammenhængende, f.eks. vrøvl, irrelevant tale, uklare eller ulogiske indfald eller uforudsigelig springen fra emne til emne?
- Er patientens opfattelsesevne forstyrret, er der hallucinationer?

4. ÆNDRET BEVIDSTHEDSNIVEAU

Ja nej

- Hvordan vil du overordnet vurdere patientens bevidsthedsniveau?
 - Vågen og rolig
 - Overopmærksom (aggressiv, agiteret, oprevet)
 - Døsig og sløv
 - Ukontaktbar

OBS: For at diagnosen delirium kan stilles skal 1 og 2 plus 3 eller 4 være tilstede

Konklusion: Delirium er:

tilstede:

Ikke tilstede:

Er der anden grund til at patienten ikke kan udfylde et EORTC-skema: