

Cher patient et aidant,

Il est important que votre équipe traitante comprenne et fasse le suivi de vos symptômes pouvant affecter votre qualité de vie. L'outil au recto de cette page fait partie de ce suivi.

Certaines personnes avec des maladies rénales peuvent ressentir des symptômes déroutant leurs habitudes de vie.

Les symptômes fréquents pour les gens atteints de maladie(s) rénale(s) peuvent être difficile à décrire ou à évaluer. Voici d'autres mots pouvant les décrire :

- bien-être; confort général à la fois physique ou autre à répondez honnêtement à la question « comment allez-vous? »
- douleur
- dépression: tristesse ou déprime
- nausée
- fatigue, niveau d'énergie très bas (mais pas forcément envie de dormir)
- anxiété (angoisse, nervosité ou agitation)
- peu ou pas d'appétit
- syndrome des jambes sans repos (jambes bougeant de manière involontaire)

Veillez tourner cette page et complétez l'outil d'évaluation des symptômes. Nous voulons connaître vos impressions et la présence de symptômes ressentis durant la dernière semaine. Cet outil/ questionnaire nous permet de faire le suivi des symptômes et savoir comment ceux-ci affectent votre qualité de vie. Il est possible que nous ne puissions pas traiter ou faire disparaître tous vos symptômes ; cependant, nous ferons notre possible pour améliorer votre bien-être ou confort.

Avez-vous des questions ou des commentaires sur cet outil ? Veuillez-nous en informer.

Cordialement,

Vidéo de présentation



Votre équipe de soins en santé rénale

Outils d'évaluation des symptômes**

Il est important que votre équipe traitante comprenne et fasse le suivi de vos symptômes. Cette liste nous aide à faire ce suivi. Pour plus d'informations, veuillez consulter la lettre au verso de ce document ou la page suivante du document électronique.

Date: _____ (JJ-mois-année)

Heure: _____ (HR 24:MI)

PATIENT INFORMATION/LABEL

Name: _____

Address: _____

Phone: _____







PHN: _____

Veuillez entourer le chiffre (de 0 à 10) qui convient afin d'indiquer vos impressions selon chaque échelle de symptômes durant LA DERNIÈRE SEMAINE pour CHACUN des symptômes.

Échelle: 0 = aucun symptôme

(milieu : 5)

10 = intensité maximale imaginable /extrêmement intense

												
Aucune douleur	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Pire douleur imaginable					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas fatigué(e) (fatigue: niveau d'énergie très réduit)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Fatigue extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de nausée	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Pire nausée imaginable					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de dépression (déprime)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Dépression extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas d'anxiété (anxiété: angoisse, nervosité)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Anxiété extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de somnolence (endormissement)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Somnolence extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bon appétit (ressent la faim)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Pas d'appétit du tout					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Profonde sensation de bien-être	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Pire état possible/ Extrêmement inconfortable					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence d'essoufflement	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Essoufflement extrême dyspnée					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de démangeaisons	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Démangeaisons extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun problème de sommeil	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Ne dors pas/insomnie extrême					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de "jambes sans repos"	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						Jambes sans repos très intense					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Avez-vous d'autres symptômes ou préoccupations ? S'il-vous-plaît, veuillez spécifier et indiquer un nombre sur l'échelle de 0 à 10 : _____

pas de symptôme	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						symptôme(s) intensité maximale imaginable /extrêmement intense					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

This section to be completed by staff.

Scale completed by: (check one)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> See progress notes for follow up on symptoms |
| <input type="checkbox"/> Care Team Member Assisted | <input type="checkbox"/> Care plan updated |
| <input type="checkbox"/> Family Member | <input type="checkbox"/> Results entered in PROMIS |
| <input type="checkbox"/> Patient refused (note why if known) | Enter date: _____ Entered by: _____ |