

ਪਿਆਰੇ ਮਰੀਜ਼ / ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ,

ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਂਭ ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸਮਝੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਉਣ ਦੇ ਪੱਧਰ ਤੇ ਸਮੇਂ ਤਕ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇ। ਇਸ ਸਫੇ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਤੇ ਦਿਤੀ ਚੈਕ ਲਿਸਟ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।

ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਲੱਛਣ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜਿਉਣ ਉਪਰ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿਚ:

- ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਕਰਨਾ
- ਦਰਦ
- ਉਦਾਸੀ, ਖਰਾਬ ਮੂਡ ਜਾਂ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ
- ਜੀ ਕੱਚਾ ਹੋਣਾ
- ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ
- ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ
- ਘਟ ਭੁੱਖ
- ਲੱਤਾਂ ਵਿਚ ਬੇਚੈਨੀ

ਇਸ ਸਫੇ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਮੇਰੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਚੈਕ ਲਿਸਟ ਭਰੋ॥ ਅਸੀਂ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪਿਛਲੇ ਹਫਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਗੇਗਾ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਉਣ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਸੀਂ ਸਾਰੇ ਲੱਛਣ ਦੂਰ ਨਾ ਕਰ ਸਕੀਏ ਪਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੁੱਚੀ ਸਿਹਤ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਾਂਗੇ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਚੈਕ ਲਿਸਟ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ੰਕੇ ਹਨ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦਸੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਭਚਿੰਤਕ,

ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਸਾਂਭ ਸੰਭਾਲ ਟੀਮ

ਜਾਣ ਪਛਾਣ
ਵੀਡੀਓ



MY SYMPTOM CHECKLIST

(MODIFIED ESAS*)

ਮੇਰੇ ਲੱਛਣ ਚੈਕ ਲਿਸਟ

ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਂਭ ਸੰਭਾਲ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ ਸਮਝੇ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇ। ਇਹ ਚੈਕ ਲਿਸਟ ਸਾਡੀ ਇਸ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਇਸ ਸਫੇ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇਖੋ।

ਤਾਰੀਖ:----- (ਦਿਨ-ਮਹੀਨਾ-ਸਾਲ)

ਸਮਾਂ:----- (ਘੰਟਾ -ਮਿਨਟ)

PATIENT INFORMATION / LABEL

Name _____

Address _____

Phone _____

PHN _____

Punjabi

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਚਕਰ ਲਾਓ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧ ਦਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਲੱਛਣ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਹਫਤੇ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਸੀ
ਸਕੇਲ 0 = ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ 10= ਬਹੁਤ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੱਛਣ

ਕੋਈ ਦਰਦ ਨਹੀਂ No pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਰਦ Worst possible pain
ਕੋਈ ਥਕਾਵਟ ਨਹੀਂ Not tired (ਤਾਕਤ ਦੀ ਘਾਟ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਥਕਾਵਟ Worst possible tiredness
ਬਿਲਕੁਲ ਜੀ ਕੱਚਾ ਨਹੀਂ Not nauseated (ਉਲਟੀ ਕਰਨ ਨੂੰ ਜੀ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜੀ ਕੱਚਾ Worst possible nausea
ਕੋਈ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਨਹੀਂ Not depressed (ਉਦਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ Worst possible depression
ਕੋਈ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ Not anxious (ਨਰਵਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ Worst possible anxiety
ਕੋਈ ਸੌਣ ਨੂੰ ਜੀ ਨਾ ਕਰਨਾ Not drowsy (ਨੀਂਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੌਣ ਨੂੰ ਜੀ ਕਰਨਾ Worst possible drowsiness
ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਭੁੱਖ ਲਗਣਾ Best Appetite (ਭੁੱਖ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਘਟ ਭੁੱਖ ਲਗੇ Worst possible appetite
ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ Best feeling of well-being (ਆਰਾਮ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ਬਹੁਤ ਭੈੜਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ Worst possible feeling of well-being

ਕੋਈ ਸਾਹ ਨਾ ਚੜਨਾ No shortness of breath		ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਾਹ ਚੜਨਾ Worst possible shortness of breath
ਕੋਈ ਖਾਰਸ਼ ਨਹੀਂ No itch		ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਾਰਸ਼ ਹੋਣਾ Worst possible itch
ਵਧੀਆ ਨੀਂਦ ਆਉਣੀ No problem sleeping		ਬਹੁਤ ਖਰਾਬ ਨੀਂਦ ਆਉਣੀ Worst possible problem sleeping
ਲੱਤਾਂ ਵਿਚ ਬੇਚੈਨੀ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ No pain in legs		ਲੱਤਾਂ ਵਿਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬੇਚੈਨੀ Worst possible pain in legs

ਕੋਈ ਹੋਰ ਲੱਛਣ ਜਾਂ ਸ਼ੰਕਾ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਸੋ:
Any other symptom? Specify:

ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ Best Possible		ਬਹੁਤ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੱਛਣ Worst possible
--------------------------------	--	---------------------------------------

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: _____ |