|  |  |
| --- | --- |
| **Identifikační štítek pacienta**Jméno a příjmení pacienta: …………………………………….Rodné číslo pacienta: ……………………………….………….Datum narození (není-li RČ) ……………… Kód ZP:…………Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):…………………………………………. | **Oddělení geriatrie****□ 46 □ ODOP** |
| Datum: |

U každé položky, prosím, označte křížkem, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám (**1 = není problém; 2 = menší problém; 3 = problém; 4 = vážný problém; 5 = nepřekonatelný problém).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Položka** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se) |  |  |  |  |  |
| 2 | Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety) |  |  |  |  |  |
| 3 | Pociťování fyzick*y* nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost) |  |  |  |  |  |
| 4 | Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní |  |  |  |  |  |
| 5 | Pocit deprese |  |  |  |  |  |
| 6 | Pocit úzkosti |  |  |  |  |  |
| 7 | Pocit nejistoty ohledně *mé* nemoci a léčby |  |  |  |  |  |
| 8 | Obavy o mou budoucnost |  |  |  |  |  |
| 9 | Neschopnost jasně myslet |  |  |  |  |  |
| 10 | Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách |  |  |  |  |  |
| 11 | Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a |  |  |  |  |  |
| 12 | Pocit, že nejsem užitečný/á ani vážený/á |  |  |  |  |  |
| 13 | Pocit, že nejsem schopen / schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič) |  |  |  |  |  |
| 14 | Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl |  |  |  |  |  |
| 15 | Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým  |  |  |  |  |  |
| 16 | Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené) |  |  |  |  |  |
| 17 | Obavy, že můj duchovní život nemá smysl |  |  |  |  |  |
| 18 | Pocit, že jsem přítěží pro ostatní |  |  |  |  |  |
| 19 | Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem |  |  |  |  |  |
| 20 | Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí |  |  |  |  |  |
| 21 | Necítím podporu od přátel nebo rodiny |  |  |  |  |  |
| 22 | Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu |  |  |  |  |  |
| 23 | Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší |  |  |  |  |  |
| 24 | Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou |  |  |  |  |  |
| 25 | Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých |  |  |  |  |  |

**Zkratky:** ODOP – oddělení dlouhodobé ošetřovatelské péče