

# ESAS

## VALUTAZIONE SINTOMI

Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

p.f. mettere un trattino verticale sulla linea al punto che meglio corrisponde:

non ho dolore	_____	il peggior dolore possibile
non sono stanco	_____	la peggior stanchezza possibile
non ho nausea	_____	la peggior nausea possibile
non sono depresso	_____	la peggior depressione possibile
non sono ansioso	_____	la peggior ansia possibile
non sono sonnolente	_____	la peggior sonnolenza possibile
non mi manca il respiro	_____	la peggior mancanza di respiro possibile
mi sento bene	_____	nessun senso di benessere
ho appetito	_____	nessun appetito
	_____	

Valutato da: \_\_\_\_\_

(paziente, paziente e infermiera, infermiera, famiglia)