

Questionário de Assistido

Ponto de Atendimento Método Kovacsik Londrina

Início de Tratamento MK: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Oi de Nascimento: ____/____/____ Fone: (____) _____ - _____

Endereço: _____

Estado: _____ Cidade: _____

Cuidador (se houver): _____

Fone do cuidador: (____) _____ - _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Diagnóstico médico sobre o Câncer:

Histórico do tratamento:

Data do primeiro diagnóstico (pode ser ano): ____/____/____

Início do Tratamento médico: ____/____/____

Peso: ____ kg **Estatuta:** ____ cm

Saúde geral: () Nada bem () Regular () Muito bem () Ótimo

Alimentação: () Excelente - Dieta balanceada e variada () Boa - Alimentação

adequada na maioria das vezes () Regular - Alimentação básica, algumas deficiências

() Ruim - Alimentação inadequada ou restrita () Dieta especial - Restrições médicas

() Dificuldade para engolir () Perda de apetite

Qualidade do sono: () Excelente - Dorme bem, 7-8h por noite () Boa - Dorme bem na maioria das noites () Regular - Algumas dificuldades para dormir () Ruim - Frequentes problemas de sono () Muito ruim - Insônia severa

Estado emocional: () Muito bem - Equilibrado e positivo () Bem - Geralmente estável () Regular - Altos e baixos normais () Ansioso - Preocupações frequentes () Deprimido - Sentimentos de tristeza () Estressado - Tensão constante () Desesperançoso - Sem perspectivas () Medo - Receios sobre a condição

Histórico do tratamento:

Possui dor? Se sim, como classifica o nível de dor:



1 = Sem dor / 10 : Pior dor imaginável

Descreva mais sobre sua dor (Características, localização, intensidade, fatores que pioram ou melhora:

Como soube da nossa terapia?

- () Indicação médica ou profissional de saúde () Por meio de familiar ou amigo
() Rede social – Youtube, Instagram, Tiktok () Outro:

Qual é a sua principal expectativa com o tratamento?

Assinatura do terapeuta/voluntário: _____

Data: ____/____/____