

MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE

Fyll i två dagar innan behandling

Namn										Datum				
Instruktioner: nedan följer en lista på 10 symtom. Läs varje symtom noggrant. Om du har haft något av symtomen under den senaste veckan, fyll i hur ofta du har haft det, hur svårt det vanligen var och hur mycket det besvärat eller bekymrat dig genom att ringa in den siffra som bäst överensstämmer. Om du inte har haft ett symtom - skriv ett X i kolumnen märkt "Har inte haft".														
Under senaste veckan	Har INTE haft	Om ja - hur ofta har				Om ja - hur svårt var				Om ja - hur mycket				
		Sällan	Ibland	Ofta	Nästan alltid	Lindrigt	Måttligt	Svårt	Mycket svårt	Inte alls	Lite grann	Något	Ganska mycket	Mycket
Har du haft något av följande symtom?														
Koncentrationssvårigheter														
Smärta														
Ingen ork														
Illamående														
Domningar/stickningar i händer och fötter														
Ledsen														
Oro														
Nedsatt sexuell lust och aktivitet														
Nedsatt matlust														
Förstopning														

Om du har haft andra symtom under den senaste veckan, fyll i listan nedan och ange hur mycket symtomet besvärat														
Annat:														
Annat:														
Annat:														

Recept jag behöver

Annat jag vill ta upp
