POS-S RENAL (versión española modificada) - **A CUMPLIMENTAR POR EL PACIENTE**

Debajo aparece una lista de síntomas que usted puede haber experimentado o no. Por favor, ponga una cruz en la casilla que corresponda para indicar cómo le han afectado cada uno de estos síntomas y cómo se ha sentido a lo largo de la semana pasada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada**Sin efecto | **Ligeramente**pero no lo suficiente como para tratarlo | **Moderadamente**limita algunas actividades o la concentración | **Fuerte**las actividades o la concentración se ven afectadas notablemente | **Insoportable**incapaz de pensar en otra cosa |  |
| Dolor | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Dificultad para respirar | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Debilidad o falta de energía | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 | **POS-S RENAL** |
| Náuseas (como si sintiera que va a vomitar) | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 | **Palliative care Outcome Scale- Symptoms Renal** |
| Vómitos  | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Poco apetito | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Estreñimiento | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Problemas en la boca | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Somnolencia | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Poca movilidad | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Picor | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Problemas para dormir | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Piernas inquietas o dificultad para mantener las piernas quietas | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Sensación de angustia | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 | **NOMBRE:** |
| Se siente deprimido | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Cambios en la piel | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Diarrea | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
| Calambres | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 | **NÚMERO DE PACIENTE:** |
| Cualquier otro síntoma: |  |  |  |  |  |  |
|  | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |
|  | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |  |

¿Qué síntoma le ha afectado más?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué síntoma ha mejorado más?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_