



**11. Sykehistorie og aktuell utvikling**

(f.eks. symptomutvikling, tidligere behandling, hjelpebehov, pasientens mestringsmåte, nettverksutfordringer)

**12. Status presens**

Beskriv aktuelle symptomer og problemer (f.eks. smerte, kvalme, dyspne, delir, angst, kognitiv svikt)

Utfylt ESAS-skjema må legges ved for alle pasienter som er i stand til å fylle det ut.

Ved kognitiv svikt eller lignende som gjør at ESAS ikke kan fylles ut, må henvisende lege beskrive pasientens tilstand.

**13. Oppdatert medikamentliste**

**14. Aktuelle hjelpemidler og utstyr** (f.eks. pumpe til subkutan infusjon, SVK, Hickman-kateter, veneport, kateter til intratekal behandling)

**15. Grunn til henvisning – hva ønskes hjelp til.** Vær så konkret som mulig. Formuleringer som "trenger palliativ behandling" eller lignende er ikke tilstrekkelig. Spesifiser behovene i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle utfordringer, f.eks. smerte- og symptomlindring, nettverk, pleiemessige utfordringer osv. Hastegrad bør angis.

Husk side 3: ESAS-r-skjema må legges ved (for pasienter uten kognitiv svikt)

Oppdatert febr 2021

## Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit (døsigheit = å føle seg søvning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell