

IPOS Versi Pesakit

Nama:	
No Pesakit:	
Tarikh (hari/bulan/tahun):	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>



Sila tulis dengan jelas, satu huruf atau angka dalam setiap kotak. Jawapan anda akan membantu kami menambah baik penjagaan anda dan pesakit lain. Terima kasih.

S1. Apakah yang menjadi masalah / masalah-masalah utama atau kerisauan anda dalam 3 hari kebelakangan ini?

S2. Di bawah adalah senarai gejala fizikal yang anda mungkin pernah / tidak pernah alami. Untuk setiap gejala, sila tandakan (✓) pada satu kotak yang paling sesuai menggambarkan bagaimana ia telah memberi kesan kepada anda dalam 3 hari kebelakangan ini.

	Tidak sama sekali	Sedikit	Sederhana	Teruk	Sangat teruk
Sakit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sesak nafas / sukar bernafas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lesu atau kurang tenaga / keletihan	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Loya (rasa nak muntah)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Muntah	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kurang selera makan	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sembelit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mulut sakit atau kering	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mengantuk	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sukar bergerak / sukar berjalan	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Sila senaraikan gejala fizikal lain yang tidak disebut di atas, dan tandakan (✓) pada satu kotak yang menunjukkan bagaimana ia telah memberi kesan kepada anda dalam 3 hari kebelakangan ini.

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Dalam 3 hari kebelakangan ini:

	<i>Tidak langsung</i>	<i>Jarang-jarang</i>	<i>Kadang-kadang</i>	<i>Kebanyakan masa</i>	<i>Setiap masa</i>
S3. Pernahkah anda berasa cemas atau risau tentang penyakit atau rawatan anda?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
S4. Pernahkah mana-mana ahli keluarga atau rakan anda berasa cemas atau risau tentang anda?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
S5. Pernahkah anda berasa murung?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Setiap masa</i>	<i>Kebanyakan masa</i>	<i>Kadang-kadang</i>	<i>Jarang-jarang</i>	<i>Tidak langsung</i>
S6. Pernahkah anda berasa tenang?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
S7. Pernahkah anda dapat berkongsi perasaan anda bersama ahli keluarga atau rakan-rakan sebanyak mana yang anda mahukan?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
S8. Adakah anda telah mendapat sebanyak maklumat yang anda mahukan?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Masalah ditangani / tiada masalah</i>	<i>Masalah kebanyakannya-nya ditangani</i>	<i>Masalah sebahagian-nya ditangani</i>	<i>Masalah kebanyakannya-nya tidak ditangani</i>	<i>Masalah langsung tidak ditangani</i>
S9. Adakah sebarang masalah praktikal yang timbul akibat penyakit anda telah dapat ditangani? (seperti masalah kewangan atau peribadi)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Diri sendiri</i>	<i>Dengan bantuan rakan atau saudara</i>	<i>Dengan bantuan ahli kakitangan</i>
S10. Bagaimanakah anda melengkapkan soal selidik ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sekiranya anda bimbang tentang sebarang isu yang timbul daripada soal selidik ini, sila bercakap dengan doktor atau jururawat anda.