

# IPOS Versi Pesakit



UNIVERSITI  
TEKNOLOGI  
MARA



Nama:

No Pesakit:

Tarikh (hari/bulan/tahun):   /   /

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.**

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

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

**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 kebanyakan-nya ditangani</i>	<i>Masalah sebahagian-nya ditangani</i>	<i>Masalah kebanyakan-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.**