



Escala d'avaliação dos sintomas EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM – ESAS

Data :

Hora :

Nome completo :

PREENCHIDO POR : <input type="checkbox"/> PATIENTE <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> PATIENTE AJUDADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE		
TRAÇAR SOBRE AS LINHAS, ABAIXO INDICADAS, UMA BARRA VERTICAL (OU UMA CRUZ) QUE CORRESPONDA, DA MELHOR FORMA, AO QUE VOCÊ SENTE ACTUALMENTE :		
Sem dor	_____	Dor máxima
Sem cansaço	_____	Cansaço máximo
Sem náuseas (vontade de vomitar)	_____	Náuseas máximas (vontade de vomitar)
Sem depressão	_____	Depressão máxima
Sem ansiedade	_____	Ansiedade máxima
Sem sonolência	_____	Sonolência máxima
Sem falta de apetite	_____	Falta de apetite máxima
Sem respiração ofegante (dificuldade em respirar)	_____	Respiração ofegante máxima (dificuldade em respirar)
Sinto-me bem	_____	Sinto-me mal
Outros sintomas (sudação, boca seca, vertigens, sono ...):		

