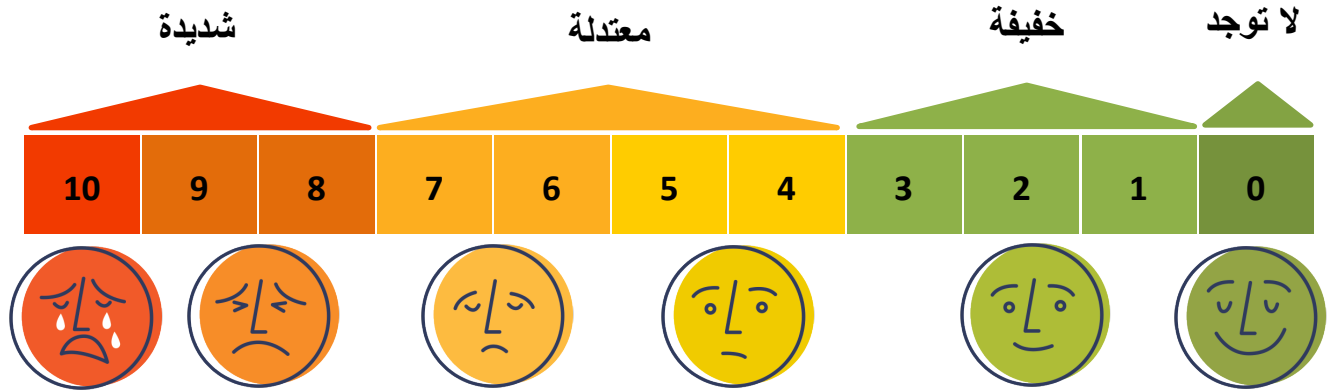


(يرجى إكمال أو لصق المعلومات أدناه)

رقم التعريف الشخصي:  
اللقب:  
الاسم:  
تاريخ الميلاد:

## مقياس تقييم الأعراض

يرجى استخدام هذا النموذج لإخبارنا عن الأعراض التي تضايقك أو تقلقك أو تزعجك. إذ ستساعدنا هذه المعلومات على تلبية احتياجاتك.



1. اكتب اليوم أو التاريخ في الصف الأول.
2. استخدم المقياس أعلاه لاختيار رقم بين 0 و10 لتوضيح مدى تضايقك أو قلقك أو إنزعاجك.
3. يمكنك إضافة أعراض أخرى في المساحة الفارغة في أسفل القائمة.

اليوم أو التاريخ									
									صعوبة النوم
									مشاكل الشهية
									غثيان
									مشاكل الأمعاء
									مشاكل التنفس
									إعياء
									ألم
									أعراض أخرى