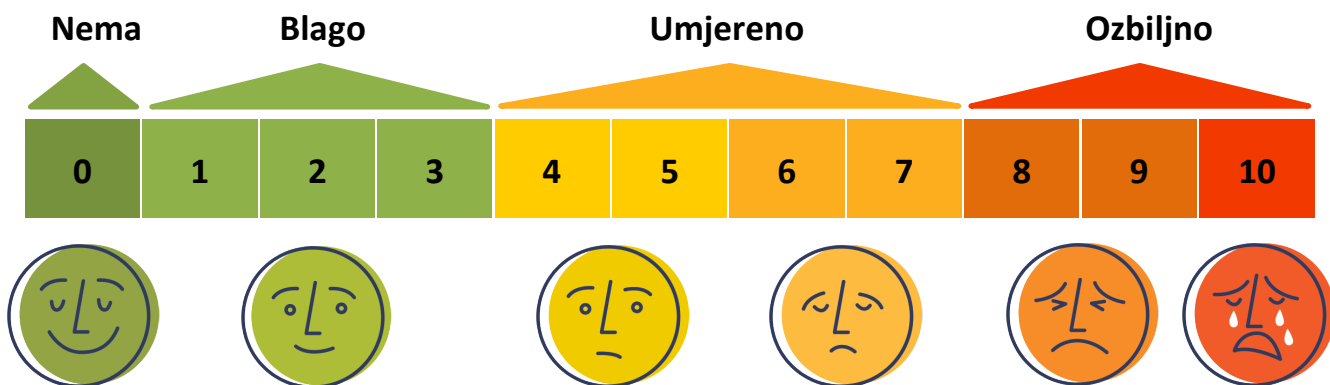


UPI:  
 Prezime:  
 Ime:  
 Datum rođenja:

## Skala za procjenu simptoma (Symptom Assessment Scale)

Molimo popunite ovaj obrazac kako biste nam rekli za simptome koji vas smetaju, zabrinjavaju ili uzrujavaju. Te informacije će nam pomoći ispuniti vaše potrebe.



1. U prvi red upišite dan ili datum.
2. Sukladno gornjoj skali, izaberite jedan broj između 0 i 10 koji najtočnije opisuje u kolikoj mjeri vas nešto smeta, zabrinjava ili uzrujava.
3. U prazan prostor na kraju popisa možete dodati i druge simptome koje imate, a koji ovdje nisu navedeni.

Dan ili datum									
Problemi sa spavanjem									
Problemi s apetitom									
Mučnina									
Problemi sa crijevima									
Problemi s disanjem									
Umor									
Bol									
Drugo									