

# الجمعية الدولية للرعاية الداعمة لمرضى السرطان

## MASCC

## الوسائل المضادة للتقيؤ

**وسائل *MASCC* المضادة للتقيؤ: التعليمات**

|  |
| --- |
| **الاسم:** |

**تاريخ العلاج الكيميائي** *(الدورة الحالية من العلاج)*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| اليوم الشهر اليوم من الأسبوع  **ممرضتك: الهاتف:** | | | | | |
| **طبيبك: الهاتف:** | | | | | |
| **معلومات عن هذا النموذج الوجيز:** إن وسائل MASCC المضادة للتقيؤ ما هي إلا وسيلة لطمأنة أطبائك وممرضيك على أنك تتلقى أفضل رعاية للوقاية من الغثيان والقيء الناتجين عن العلاج الكيميائي. ولا شك أنك بملء هذا النموذج سوف تساعدنا على التأكد من أن لديك السيطرة المثلى على مثل هذه الأعراض الجانبية المحتملة. إليك بعض التعريفات المستخدمة في هذا النموذج:  **التقـيـؤ**: إخراج محتويات المعدة عن طريق الفم.  **الغثيان**: الشعور بقابلية للتقيؤ.  يرجى الإجابة على جميع الأسئلة. وليس هناك إجابات صحيحة أو خطأ، ولكن يكفي ذكر انطباعك فقط.  إذا كان هناك ما يقلقك بشأن كيف ومتى تملأ هذا النموذج، يرجى ألا تتردد في الاستفسار لدينا!  يرجى ملاحظة أن السؤال رقم (4) والسؤال رقم (8) يختلفان في الأسلوب. هذه الأسئلة عبارة عن سلسلة مدرجة.  لمثل هذا النوع من الأسئلة، ما عليك إلا وضع دائرة حول أقرب رقم من الأرقام (صفر إلى 10) إلى تجربتك الفعلية مع الغثيان والتقيؤ، ثم اكتب الرقم في المربع. فيما يلى مثال لهذا النوع من الأسئلة (وإن كان حول إيقافك للسيارة). خذ كامل حريتك في الإجابة على هذا السؤال، أو اطلب من أحدنا أن يساعدك في ذلك. | | | | | |
| ما هو مقدار الصعوبة التي واجهتك اليوم في إيقاف سيارتك؟  **صفر 1 2 3 4 5 6 7 8 9**  **10**  لا شيء أقصى ما يمكن أن يحدث (اكتب الرقم في هذا المربع) | | | | | |

يرجى إعادة النموذج بسرعة الممكنة بعد تعبئته، حسب ما ذكر لنا، وتقبل شكرنا وتقديرنا

**وسائل *MASCC* المضادة للتقيؤ**

**يرجى ملء هذا النموذج خلال اليوم التالي لموعد تلقي العلاج الكيميائي**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| اليوم الشهر اليوم من الأسبوع  **الغثيان والتقيؤ**  **خلال الأربع والعشرين ساعة الأولى التي أعقبت العلاج الكيميائي:**  (هذه الصفحة تشير إلى أول 24 ساعة تلي العلاج الكيميائي): | | | | | |
| 1. خلال ال 24 ساعة التي مرت منذ تلقيك العلاج الكيميائي هل حدث أن تقيأت؟ نعم لا | | | | | |
| 2. إذا تقيأت خلال ال 24 ساعة التي أعقبت تلقيك العلاج الكيميائي، فكم مرةً حدث ذلك؟  (اكتب عدد المرات في هذا المربع) | | | | | |
| 3. خلال ال 24 ساعة التي مرت منذ تلقيك العلاج الكيميائي هل حدث لك أي غثيان؟ نعم لا | | | | | |
| 4. إذا كنت قد عانيت من غثيان، فيرجى وضع دائرة حول أقرب الأرقام الآتية تعبيراً عن تجربتك. ما هي درجة الغثيان الذي عانيت منه خلال ال 24 ساعة الأخيرة؟ **صفر 1 2 3 4 5 6 7 8 9**  **10**  لا شيء أقصى ما يمكن أن يحدث (اكتب الرقم في هذا المربع) | | | | | |

**وسائل *MASCC* المضادة للتقيؤ**

**هذه الصفحة تمثل مسحاً للفترة من اليوم الأول إلى اليوم الرابع عقب العلاج الكيميائي.**

**وعليه فهي تستفسر عن الفترة الزمنية التي تلى ال 24 ساعة الأولى بعد العلاج الكيميائي**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| اليوم الشهر اليوم من الأسبوع  **الغثيان والتقيؤ المتأخران** | | | | | |
| 5. هل حدث أن تقيأت بعد ال 24ساعة التي مرت عقب تلقيك العلاج الكيميائي ؟ نعم لا | | | | | |
| 6. إذا تقيأت خلال هذه الفترة، فكم عدد الأيام التي فكم مرةً حدث ذلك؟  (اكتب عدد الأيام في هذا المربع) | | | | | |
| 7. هل حدث لك أي غثيان بعد ال 24ساعة التي مرت عقب تلقيك العلاج الكيميائي؟ نعم لا | | | | | |
| 8. إذا كنت قد عانيت من غثيان، فيرجى وضع دائرة حول أقرب الأرقام الآتية تعبيراً عن تجربتك. ما هي درجة الغثيان الذي عانيت منه خلال هذه الفترة؟ **صفر 1 2 3 4 5 6 7 8 9**  **10**  لا شيء أقصى ما يمكن أن يحدث (اكتب الرقم في هذا المربع) | | | | | |

**المضادة للتقيؤ MASCC وسائل**

نموذج بيان علامات مضاعفات المرضى

© MASCC 2004

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الإجراء** | **الغثيان المتأخر** | | **التقيؤ المتأخر** | | **الغثيان الحاد** | | **التقيؤ الحاد** | | **النظام المتبع للسيطرة على التقيؤ** | **التاريخ** | **العلاج الكيميائي** | | **إسم المريض** |
| سؤال رقم (8) | سؤال رقم (7) | سؤال رقم (6) | سؤال رقم (5) | سؤال رقم (4) | سؤال رقم (3) | سؤال رقم (2) | سؤال رقم (1) |
| **المتخذ** | درجة | 1= نعم | التكرر | 1= نعم | درجة | 1= نعم | التكرر | 1= نعم |
| الغثيان | 2= لا | 2= لا | الغثيان | 2= لا | 2= لا |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *حاد* |  |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *متأخر* |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |