**
MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ)**


#### MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ): Bilgiler

|  |  |
| --- | --- |
| Adınız ve Soyadınız: |        |

**Kemoterapi Tarihi** *(Bu kür)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |     |

 Gün Ay Haftanın günü

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Onkoloji Hemşireniz: |       | Telefon: |       |
| Onkoloji Doktorunuz: |       | Telefon: |       |

*Bu kısa form hakkında bilgi:*

The MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ)’nin amacı, yaşayabileceğiniz bulantı ve kusmayı önlemek için olabilecek en iyi tedavinin sizlere doktor ve hemşireleriniz tarafından verilmesini sağlamaktır. Bu formu doldurarak oluşabilecek bu yan etkilerin en iyi şekilde kontrol altına alındığından emin olmamıza yardımcı olabilirsiniz.

Bu formdaki tanımlar:

**Kusma:** Mide içeriğinin ağızdan çıkarılması.

**Bulantı:** Kusacakmış gibi hissetme.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, yalnızca sizin duygularınızı belirtir. Bu formu nasıl ve ne zaman dolduracağınız konusunda endişeniz varsa lütfen sorunuz.

Lütfen 4. ve 8. soruların farklı bir biçimde olduğuna dikkat ediniz. Bu sorular derecelendirilmiştir. Bu sorularda 0 ile 10 arasında, sizin yaşadığınız bulantı ve kusma şiddetine en yakın sayıyı daire içerisine alınız ve bu sayıyı sağdaki kutu içine de yazınız. Aşağıda bu türde soru şekline park etme ile ilgili bir örnek verilmiştir.

Bu örnekle deneme yapabilir ya da birlikte bakmak için bizlere sorabilirsiniz.

|  |  |
| --- | --- |
| Bugün arabanızı park etmede ne kadar güçlük yaşadınız?  |  (Sayıyı bu kutuya yazınız) |

Lütfen formu doldurduktan sonra en kısa sürede geri getiriniz. Teşekkür ederiz!

#### MASCC Antiemesis Ölçeği

**Lütfen bu formu kemoterapi aldıktan bir gün sonra aşağıdaki tarihte doldurunuz:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |     |

 Gün Ay Haftanın günü

**Kemoterapiden sonraki ilk 24 saat süresince oluşan**

**Bulantı ve Kusma:**

(Bu sayfa kemoterapiyi takiben ilk 24 saat için doldurulur):

|  |  |
| --- | --- |
| **1)** Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde hiç **kustunuz** mu? | **Evet**  **Hayır** (Birini seçiniz) |
| **2)** Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde kustuysanız, **kaç kez** kusma meydana geldi? | (Sayıyı bu kutuya yazınız) |
| **3)** Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde hiç **bulantınız** oldu mu? | **Evet**  **Hayır** (Birini seçiniz) |
| **4) Bulantınız** oldu ise bulantınızın şiddetine en uygun rakamı işaretleyip yandaki kutuya yazınız.24 saat içerisinde bulantınız ne kadar oldu?  | (Sayıyı bu kutuya yazınız) |

#### MASCC Antiemesis Ölçeği

Bu sayfa kemoterapi uygulamasından sonraki günden 4. güne kadar ki zaman için geçerlidir

(Yani ilk 24 saatten sonraki zamanı sorgular)

**Lütfen bu sayfayı kemoterapi uygulamasından 2.- 4. günler için aşağıdaki tarihten başlayarak doldurunuz:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |     |

 Gün Ay Haftanın günü

**Gecikmiş Bulantı ve Kusma**

|  |  |
| --- | --- |
| **5)** Kemoterapi sonrası 24. saat ya da sonrasında hiç **kustunuz** mu? | **Evet**  **Hayır** (Birini seçiniz) |
| **6)** Bu zaman aralığında kustuysanız, **kaç kez** kusma meydana geldi? | (Kaç kez olduğunu bu kutuya yazınız) |
| **7)** Kemoterapi sonrası 24. saat ya da sonrasında hiç **bulantınız** oldu mu? | **Evet**  **Hayır** (Birini seçiniz) |
| **8) Bulantınız** oldu ise bulantınızın şiddetine en uygun rakamı işaretleyip yandaki kutuya yazınız.Bu süre içerisinde bulantınız ne kadar oldu? | (Sayıyı bu kutuya yazınız) |