 **MASCC Antiemesis Tool** **(MAT)**

#### MASCC Antiemesis Tool: Instruksi

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Anda: |  |

**Tanggal kemoterapi** *(siklus sekarang)***:**

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

Tanggal Bulan Hari dalam Seminggu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Perawat Onkologi: |  | Telepon: |  |
| Nama Dokter Onkologi: |  | Telepon: |  |

***Informasi singkat tentang format ini:***

The MASCC Antiemesis Tool (MAT) adalah cara untuk membantu dokter dan perawat guna memastikan Anda mendapatkan perawatan yang terbaik untuk mencegah mual dan muntah dari kemoterapi. Dengan mengisi formulir ini, Anda dapat membantu kami memastikan bahwa Anda memiliki pengendalian terbaik dari efek samping yang mungkin.

Pengertian yang digunakan dalam formulir ini:

**Muntah:** keluarnya isi lambung.

**Mual:** perasaan bahwa Anda mau muntah.

Jawablah semua pertanyaan. Tidak ada jawaban benar atau salah, hanya kesan Anda.   
Jika Anda mempunyai pertanyaan apapun tentang bagaimana atau kapan mengisi formulir ini, silahkan bertanya!

Harap perhatikan bahwa pertanyaan nomor 4 dan 8 memiliki jenis pertanyaan yang berbeda. Pertanyaan-pertanyaan ini berbentuk skala.

Untuk jenis pertanyaan ini, cukup lingkari nomor dari 0 sampai 10 yang paling mendekati pengalaman Anda dengan mual dan muntah. Tuliskan nomor di kotak sebelah kanan. Contoh bentuk pertanyaan (tapi berurusan   
dengan parkir) diberikan di bawah ini. Jangan ragu untuk berlatih dengan contoh ini atau meminta salah satu dari kami untuk mendampingi Anda.

|  |  |
| --- | --- |
| Seberapa besar kesulitan Anda memarkir mobil Anda hari ini? | (Tuliskan angka di dalam kotak) |

Harap kembalikan formulir segera setelah mengisinya, seperti yang dibahas dengan kami. Terima kasih!

#### MASCC Antiemesis Tool

**Silahkan isi formulir ini sehari setelah kemoterapi**

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

Tanggal Bulan Hari dalam Seminggu

**Mual dan Muntah  
selama 24 jam setelah kemoterapi:**

(Halaman berikut ini mengacu pada 24 jam pertama kemoterapi):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1)** Dalam 24 jam sejak kemoterapi, apakah Anda mengalami muntah**?** | | **Ya**  **Tidak**  (Pilih satu) |
| **2)** Jika Anda muntah dalam 24 jam sejak kemoterapi, berapa kali hal itu terjadi? | | (Tulis angka di dalam kotak) |
| **3)** Dalam 24 jam sejak kemoterapi, apakah Anda mengalami mual**?** | | **Ya**  **Tidak**  (Pilih satu) |
| **4)** Jika Anda mengalami mual, silahkan lingkari atau masukkan angka yang paling mendekati dengan pengalaman Anda. Berapa kali mual yang terjadi dalam 24 jam terakhir? | (Tuliskan angka di dalam kotak) | | |

#### MASCC Antiemesis Tool

Halaman ini bertanya tentang periode 1 hari sampai 4 hari setelah kemoterapi.   
Jadi bertanya tentang waktu setelah 24 jam pertama.

**Silahkan mengisi formulir ini empat hari setelah kemoterapi pada:**

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

Tanggal Bulan Hari dalam seminggu

**Mual dan Muntah Lambat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5)** Apakah Anda muntah pada 24 jam atau lebih setelah kemoterapi? | | **Ya**  **Tidak**  (Pilih satu) |
| **6)** Jika Anda muntah selama periode ini, berapa kali hal itu terjadi? | | (Tulis angka di dalam kotak) |
| **7)** Apakah Anda mual pada 24 jam atau lebih setelah kemoterapi? | | **Ya**  **Tidak**  (Pilih satu) |
| **8)** Jika Anda mengalami mual, silahkan lingkari atau  masukkan angka yang paling mendekati dengan pengalaman Anda. Berapa kali mual yang terjadi selama waktu tersebut? | (Tuliskan angka di dalam kotak) | |

=