

<b>在你们医院是否有电子病历系统?</b>						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>营养支持治疗是否作为肿瘤病人治疗方法中的一部分?</b>						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>第 2 题的答案如果为“是”，什么情况下考虑营养治疗?</b>							
常规考虑						<input type="checkbox"/>	
当病人要求时						<input type="checkbox"/>	
当体重丢失>10%时						<input type="checkbox"/>	
处于姑息治疗阶段						<input type="checkbox"/>	
其他，请注明						<input type="checkbox"/>	
<b>第 2 题的答案如果为“否”，是什么原因?</b>							
缺乏证据						<input type="checkbox"/>	
缺乏营养的知识						<input type="checkbox"/>	
没钱						<input type="checkbox"/>	
营养治疗会加速肿瘤增长						<input type="checkbox"/>	
其他						<input type="checkbox"/>	
<b>哪些营养治疗用于肿瘤病人?</b>							
根据营养治疗计划提供营养						<input type="checkbox"/>	
能量需求计算						<input type="checkbox"/>	
监测患者摄入量并在需要时使用口服补充营养物质						<input type="checkbox"/>	
没有						<input type="checkbox"/>	
其他						<input type="checkbox"/>	
<b>如果不进行营养治疗，请选择主要的原因</b>							
缺乏证据						<input type="checkbox"/>	
缺乏经验						<input type="checkbox"/>	
没钱						<input type="checkbox"/>	
没有营养师						<input type="checkbox"/>	
没有其他的专家						<input type="checkbox"/>	
其他						<input type="checkbox"/>	
<b>对于肿瘤病人来说，以下指标多久评估一次，你们用哪种方式来评估</b>							
	经常	每次化疗	必要时	从不	?		
<b>人体测量学/机体组成</b>							
体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
人体测量学（周径）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
生物电阻抗分析（BIA）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CT 检查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
双能 X 线吸收测量法（DEXA）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>机体功能</b>							
握力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6 分钟行走测试	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>营养需求测定</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>营养支持</b>							
每餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
一天一餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
一天两餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24h 连续	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>谁负责填写这份问卷?</b> <input type="checkbox"/> 营养师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 营养科学家 <input type="checkbox"/> 其他							



## 附录 10

问卷 3

日期 \_\_/\_\_/\_\_

患者编号: \_\_\_\_\_

您好, 希望您今天能完成这份问卷, 以利于我们优化我们在本病区的工作。我们想知道你感觉如何及你的活动能力!

患者姓名首字母 \_\_\_\_\_ 名的前两个字母 \_\_\_\_\_ 姓的前两个字母 \_\_\_\_\_

生病前的体重 \_\_\_\_\_ kg  我不知道

现在实际体重 \_\_\_\_\_ kg  我不知道

体重的变化是有意还是无意的?

有意       无意       体重无变化

在过去的一周里您的情况 (选最合适的一项)				
	一点也不	一点点	较多	非常
你觉得疼痛吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你需要休息?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你觉得虚弱吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你感到心情沮丧吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你觉得累吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
疼痛感会影响你的日常生活吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
食欲下降吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

您现在的情况 (选最合适的一项)				
	一点也不	一点点	较多	非常
你觉得疼痛吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你需要休息?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你觉得虚弱吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你感到沮丧吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
你觉得累吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
疼痛感会影响你的日常生活吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
食欲下降吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p><b>为什么你的食欲或者进食量改变了?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 恶心/呕吐      <input type="checkbox"/> 便秘      <input type="checkbox"/> 早饱感/没有食欲</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔感染      <input type="checkbox"/> 腹泻</p> <p><input type="checkbox"/> 疼痛      <input type="checkbox"/> 味觉异常      <input type="checkbox"/> 其他</p>
<p><b>你现在的行动力如何?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 可以做运动      <input type="checkbox"/> 完全可以照顾自己</p> <p><input type="checkbox"/> 完全可以活动      <input type="checkbox"/> 能有限的照顾自己</p> <p><input type="checkbox"/> 可以轻度活动      <input type="checkbox"/> 卧床或坐轮椅</p>
<p><b>除了医嘱以外你还吃其他东西吗?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 无      <input type="checkbox"/> 复合维生素</p>

<input type="checkbox"/> 草药茶 <input type="checkbox"/> 其他药物 <input type="checkbox"/> 营养补充物 <input type="checkbox"/> 其他
<b>你有其他活动吗？</b> <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 冥想 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 心理疗法 <input type="checkbox"/> 渐进式肌肉放松 <input type="checkbox"/> 瑜伽 <input type="checkbox"/> 气功
<b>配合治疗有困难吗？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
<b>有人帮你完成这份问卷吗？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
<b>你觉得营养支持治疗有利于你的肿瘤治疗吗？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道