

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE)

Nome do paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Por favor, circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. Também pode-se perguntar a média durante as últimas 24 horas.

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem fadiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior fadiga possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior mal-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível

Fonte:

MONTEIRO, D.R.; ALMEIDA, M.A.; KRUSE, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm. vol. 34, n. 2, 2013

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a21.pdf>