**這部分的項目只需填寫一次**

**您的姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **日期：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **A1. 年齡：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **A2. 性別：**⭘女 ⭘男 ⭘變性人 ⭘非二元性別 ⭘ 其他**A3. 種族／族裔：（選擇所有適用項目）**🞎 非西語裔白人 🞎 西班牙裔🞎 黑人／非裔美國人 🞎 亞裔 🞎 美國印地安人／阿拉斯加原住民 🞎 其他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 夏威夷原住民／太平洋島民 **A4. 您目前有就業嗎？** ⭘ 全職（一週35小時以上） ⭘ 兼職（一週不到35小時） ⭘ 事假 ⭘ 無業 ⭘ 退休**A5. 我為我的以下人士提供看護：**⭘ 父母 ⭘ 配偶／伴侶 ⭘ 子女／女婿或媳婦⭘ 兄弟姊妹 ⭘ 其他親戚：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ 非親戚：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A6.** 您從事看護工作有多久了**？**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **A7.您和您看護的人住在一起嗎？**⭘ 是，住在一起 ⭘ 否，不住在一起***如果否，他們住在設施中嗎？***⭘ 是 ⭘ 否**A8. 平均而言，您在一週幾天提供看護？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****A9.在您提供看護的日子中，您平均每天看護幾小時？**⭘ 每週不到5小時⭘ 每週5-15小時 ⭘ 每週15小時以上**A10.我提供以下類型的看護：（選擇所有適用項目）**🞎 個人看護（例如：洗澡、穿衣、吃飯、移動） 🞎 實際任務（例如：打掃、備餐、辦事、交通接送）🞎 管理藥物🞎 協調護理（例如：做預約、就診、與醫護人員溝通）🞎 監督症狀和安全 🞎 情感支持 🞎 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A11. 您提供看護有獲得任何財務補償嗎？**⭘ 是，請描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ 否**A12. 您目前也向其他人提供看護嗎？**⭘ 是 ⭘ 否***如果是，您向其他什麼人提供看護？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

**請在每次就診填寫**

**您的姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **日期：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B1. 您在提供看護時覺得受到多少支持？**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 完全沒有支持 (0) | 1 | 2  | 3 | 4 | 中等支持 (5) | 6 | 7 | 8 | 9 | 非常支持 (10) |
| ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**B2. 採用0-10的量表，您在過去一週對於擔任看護感到多苦惱？**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 完全不苦惱 (0) | 1 | 2  | 3 | 4 | 中等苦惱 (5) | 6 | 7 | 8 | 9 | 非常苦惱 (10) |
| ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**B3. 勾選您在過去一週遇到的所有問題：**

|  |  |
| --- | --- |
| 知識與技能*缺乏關於病人以下方面的知識及（或）技能…*🞎 健康狀況🞎 藥物🞎 營養🞎 協調護理和其他服務 🞎 規劃未來 🞎 協助做出醫療保健決定🞎 聯繫社區的資源健康與安康🞎 我擔心自己的健康因為提供看護而惡化 🞎 靈性顧慮（例如：面對死亡、懷疑信仰、生命中有意義）🞎 親密或性生活🞎 與我看護的人互動 | 情緒 *過去一周* 、*我因為以下的情緒而困擾…*🞎 孤立或寂寞 🞎 擔心或焦慮 🞎 不知道如何提供最好的看護🞎 生氣或挫折 🞎 哀傷或抑郁症🞎 感覺不知所措或精疲力竭  實際層面🞎 交通接送🞎 住房或居住安排🞎 保險範圍🞎 食物🞎 工作🞎 財務顧慮 |

**B4. 您最關心的一到三件事情是什麼？**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B5. 目前有哪些資源支持您？ （例如：朋友們、靈性、活動）**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **FOR CLINICIAN USE****Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Patient ID** (e.g. MRN): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Patient primary disease**: |
| 🞎 Cancer🞎 Hematology🞎 Cardiac🞎 Pulmonary🞎 Vascular | 🞎 Complex chronic conditions/ failure to thrive 🞎 Trauma🞎 Congenital/chromosomal conditions🞎 Gastrointestinal🞎 Hepatic | 🞎 Infectious/immunological/HIV 🞎 In-utero complication/condition🞎 Neurologic/stroke🞎 Dementia🞎 Other🞎 Unknown |
| **Project ID** (assigned): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**How was survey administered?**⭘ In-person ⭘ Email/Fax/Regular Mail ⭘ Phone ⭘ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **If in-person, did caregiver fill out the survey themselves?**⭘ Yes ⭘ No **Other notes:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |