MPN10

แบบประเมินอาการของโรคความผิดปกติของไขกระดูกกลุ่มเอ็มพีเอ็น

(โรคพังผืดในไขกระดูก (MF), โรคเกล็ดเลือดสูงปฐภูมิ (ET), โรคเม็ดเลือดแดงข้นปฐมภูมิ (PV)

ชื่อคนไข้_____ NO :_____

กรุณาให้คะแนนความรุนแรงของอาการต่างๆ ของท่าน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดให้ 0 คือ น้อยที่สุด และ 10 คือ มากที่สุด (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)

	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
อ่อนเพลีย										
รู้สึกอิ่มเร็วกว่าปกติ										
แน่นท้อง										
ความเฉื่อยชา, ไม่อยากทำอะไร										
ขาดสมาธิในการทำงาน										
เหงื่อออกกลางคืน										
อาการคัน										
อาการปวดกระดูกทั่วตัว (ไม่ใช่ปวดข้อที่ใดที่หนึ่ง)										
มีไข้										
น้ำหนักลด ใน 6 เดือนที่ผ่านมา										
คะแนนรวม										

แพทย์ผู้ประเมิน_____ โรงพยาบาล_____