

## PMBS

Codzienne zażywanie leków przez całe życie jest trudnym zadaniem. Chcielibyśmy znaleźć sposób ułatwienia tej czynności Państwa dziecku. Poniżej wymieniono kilka wskazanych przez rodziny powodów, które utrudniają dziecku codzienne zażywanie leków zgodnie z planem. Proszę uważnie przeczytać każde stwierdzenie. Proszę zaznaczyć pole po prawej stronie, które odzwierciedla, w jakim stopniu zgadzają lub nie zgadzają się Państwo z każdym z nich.

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Nie mam pewności	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1. Mojemu dziecku ciężko jest połknąć lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Moje dziecko ma za dużo pigułek do zażywania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moje dziecko nie lubi smaku leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Moje dziecko ma poczucie, że przeszkadza to w wykonywanych przez nie czynnościach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Moje dziecko jest zapominalskie i nie za każdym razem pamiętam, żeby zażyć lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Moje dziecko nie jest zbyt zorganizowane w kwestii tego, kiedy i jak zażywać lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Moje dziecko nie chce, żeby inni ludzie zauważali, że zażywa lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Moje dziecko jest bardzo zajęte innymi rzeczami, które przeszkadzają w zażywaniu leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Moje dziecko czasami źle się czuje i nie może zażyć leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mojemu dziecku ciężko jest trzymać się ustalonego planu zażywania leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mojemu dziecku nie podoba się, jak lek wpływa na jego wygląd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Życie z chorobą jest męczące dla mojego dziecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nie zawsze jestem na miejscu, aby przypominać dziecku o zażyciu leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Moje dziecko uważa, że lek ma zbyt wiele skutków ubocznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Moje dziecko polega na mnie w kwestii przypomnienia mu, aby zażyło lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Moje dziecko jest zmęczone zażywaniem leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy są jeszcze jakieś inne rzeczy, które nie zostały wymienione, a które utrudniają codzienne przyjmowanie leku zgodnie z planem?</b>					
_____					