



PATIENT NEEDS ASSESSMENT FORM

Date/Fecha \_\_\_\_\_ Name/Nombre \_\_\_\_\_

The Oncology Social Workers and other members of your healthcare team wish to work in partnership with patients and their families to meet specific needs. Below is a checklist of services often needed. This list is to help you determine your needs. Please contact your Social Worker for assistance or referrals to help meet these needs. Thank You.

- \_\_\_ Information/Education about your specific disease
- \_\_\_ Individual Counseling to assist with anxiety, depression and other issues
- \_\_\_ Support Groups
- \_\_\_ Family/Marital Counseling
- \_\_\_ Relaxation/Meditation Skills
- \_\_\_ Assistance with transportation to treatment
- \_\_\_ Nutritionist (side effects/10lbs weight lost, herbal supplements)
- \_\_\_ Interest in meeting with Clergy (of various faiths) for spiritual needs
- \_\_\_ Supportive Services (Home Care, Physical, Occupational, Lymphedema and Speech Therapy, Hospice care)
- \_\_\_ Genetics (Counseling, Testing)
- \_\_\_ Financial Concerns (Social Security benefits, Medicaid and other issues)
- \_\_\_ Counseling to assist with changes in appearance
- \_\_\_ Sexuality (How it affects you as related to your diagnosis)
- \_\_\_ Addictions (Smoking, Alcohol, Recreational drugs)
- \_\_\_ Other needed services: \_\_\_\_\_

FORMULARIO PARA EVALUAR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE

Los Trabajadores Sociales de Oncología y otros miembros de su equipo médico desean trabajar en conjunto con los pacientes y sus familiares para cubrir necesidades específicas. A continuación encontrará una lista de servicios que a menudo son necesarios. Esta lista sirve para ayudarlo a determinar cuales son sus necesidades. Le pueden dar referencias médicas para ayudar a cubrir estas necesidades. Muchas gracias.

- \_\_\_ Información/Educación acerca de su enfermedad en especial
- \_\_\_ Asesoramiento personal para ayudar con la ansiedad, la depresión y otros problemas
- \_\_\_ Grupos de apoyo
- \_\_\_ Orientación familiar/matrimonial
- \_\_\_ Habilidades de relajación/meditación
- \_\_\_ Apoyo con el transporte para llegar al tratamiento
- \_\_\_ Nutriólogo (efectos secundarios/pérdida de peso de 4.54 kg, suplementos herbales)
- \_\_\_ Interés por verse con el Clérigo (de diferentes creencias) para las necesidades espirituales
- \_\_\_ Servicios de apoyo (Cuidado de la salud en el hogar, Terapias Física, Ocupacional, de Lenguaje y para problemas Linfáticos, Cuidados de Hospicio)
- \_\_\_ Genética (Asesoramiento, Pruebas)
- \_\_\_ Inquietudes financieras (beneficios del Seguro Social, Medicaid y otros temas)
- \_\_\_ Orientación para ayudar con los cambios de apariencia
- \_\_\_ Sexualidad (Cómo le afecta a usted en relación a su diagnóstico)
- \_\_\_ Adicciones (Fumar, Alcohol, Drogas recreativas)
- \_\_\_ Otros servicios que se necesitan: \_\_\_\_\_

White – Social Worker      Yellow – Nutritionist      Pink – Patient Chart