



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Данный документ предназначен для записи информации, имеющей отношение к Вашему заболеванию и представляющей значимость для Вашего врача и медицинской сестры. Приносите этот документ на каждый визит в поликлинику на протяжении всего периода лечения нейроэндокринной опухоли (НЭО). Попросите медицинских работников помочь Вам заполнить его.

Дата:.....

Информация о Вас	
Укажите здесь свое имя и контактные данные, а также имя и номер телефона человека, с которым следует связаться в неотложной ситуации, например члена семьи или близкого друга.	
Имя:	
Фамилия:	
Дата рождения:	
Телефон:	
Электронная почта:	
С кем связаться в случае неотложной ситуации (Ф. И. О./номер телефона):	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

История болезни											
Запишите здесь свою историю болезни, например дату, когда вам впервые поставили диагноз, Ваш тип НЭО и их локализацию. При необходимости попросите медицинских работников помочь Вам заполнить этот раздел.											
Дата постановки вашего диагноза (день, месяц, год):											
Кто поставил диагноз? ☐ Врач общей практики/врач-терапевт ☐ Эндокринолог ☐ Гастроэнтеролог ☐ Другой врач											
Локализация НЭО: <table border="0"><tbody><tr><td>☐ Аппендикс</td><td>☐ Прямая кишка</td></tr><tr><td>☐ Толстая кишка</td><td>☐ Желудок</td></tr><tr><td>☐ Легкое</td><td>☐ Тонкая кишка</td></tr><tr><td>☐ Поджелудочная железа</td><td>☐ Неизвестно (первичная опухоль не обнаружена)</td></tr><tr><td colspan="2">☐ Другая (укажите)</td></tr></tbody></table>		☐ Аппендикс	☐ Прямая кишка	☐ Толстая кишка	☐ Желудок	☐ Легкое	☐ Тонкая кишка	☐ Поджелудочная железа	☐ Неизвестно (первичная опухоль не обнаружена)	☐ Другая (укажите)	
☐ Аппендикс	☐ Прямая кишка										
☐ Толстая кишка	☐ Желудок										
☐ Легкое	☐ Тонкая кишка										
☐ Поджелудочная железа	☐ Неизвестно (первичная опухоль не обнаружена)										
☐ Другая (укажите)											
Информация об опухоли: Стадия ☐ Степень ☐ Наличие метастазов ☐ Да ☐ Нет Локализация:											



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Другая информация о Ваших НЭО:

Проведенные исследования и их результаты

Записывайте в этом разделе все исследования и процедуры, которые Вы проходили. Попросите медицинского работника помочь Вам заполнить этот раздел и не забывайте регулярно обновлять его.

Дата проведения исследования	Название исследования (например, УЗИ брюшной полости, МРТ)	Результат исследования



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Ваш план лечения

Попросите медицинского работника помочь Вам заполнить этот раздел и вносите сюда записи обо всех видах лечения, которые Вы уже получили или будете получать.

Цель лечения:

Проведенное лечение:

Хирургическое лечение

Дата проведения операции:

Тип операции:

Где была проведена операция:

Результат операции:



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Лучевая терапия

Тип лучевой терапии:

Доза и график лучевой терапии:

Дата первого сеанса лучевой терапии:

Дата последнего сеанса лучевой терапии:

Результат лучевой терапии:

Химиотерапия

Название лекарственного препарата:

Доза и кратность применения:

Дата получения первой дозы:

Дата получения последней дозы:

Результат химиотерапии:

Медикаментозная терапия



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Название лекарственного препарата:

Доза и кратность применения:

Дата получения первой дозы:

Дата получения последней дозы:

Результат медикаментозной терапии:

Другие полученные виды лечения:

Ваши симптомы и побочные эффекты

Записывайте здесь любые симптомы и побочные эффекты, которые могли у Вас возникнуть. Не забудьте сообщить Вашему врачу обо всех побочных эффектах, которые могли у Вас возникнуть. Запишите дату и время их развития, если Вы помните.

Дата	Время	Симптом/побочный эффект	Насколько это Вас беспокоило? Оцените по шкале от 1 (совсем не беспокоило) до 10 (очень беспокоило)



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Ваши врачи	
Запишите здесь имена и контактные данные медицинских работников, которые Вас лечат, например Вашего врача и медсестры в поликлинике по месту жительства, врача-специалиста по НЭО.	
Врач первичного звена медицинской помощи	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Эндокринолог	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Гастроэнтеролог	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Хирург	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Лучевой терапевт	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Химиотерапевт	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Медицинская сестра	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Телефон:	
Электронная почта:	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Ф. И. О.:	
Адрес клиники или больницы:	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Телефон:	
Электронная почта:	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

Ваше общее состояние здоровья			
Запишите информацию о Вашем общем состоянии здоровья и любых проблемах со здоровьем, например о наличии аллергии на определенный лекарственный препарат, повышенном уровне холестерина, наличии других диагностированных заболеваний, таких как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет.			
Есть ли у Вас какие-либо аллергические реакции?	☐ Да	☐ Нет	☐ Я не знаю
Опишите здесь все Ваши аллергические реакции (например, на пенициллин)			
Помимо НЭО, есть ли у Вас какие-либо другие хронические заболевания, по поводу которых Вы получаете лечение?	☐ Тревожность ☐ Артрит ☐ Бронхиальная астма ☐ Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) ☐ Сахарный диабет ☐ Депрессия ☐ Заболевания сердца ☐ Синдром раздраженного кишечника (СРК) или воспалительное заболевание кишечника (например, язвенный колит, болезнь Крона) ☐ Другое (укажите)		
Перечислите здесь все лекарственные	Название лекарственного препарата Причина		



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

препараты, которые Вы принимаете	Доза и кратность применения Название лекарственного препарата Причина Доза и кратность применения
Какой у Вас рост?	[] метров и [] см
Какая у Вас сейчас масса тела?	[] кг
Сколько порций алкоголя Вы в среднем употребляете за неделю?	[] Я не употребляю алкогольные напитки [] 1 или 2 [] 3–5 [] 5–10 [] 10 или более
Вы курите?	[] Да [] Нет
Другое (укажите здесь любую другую информацию, которая, по Вашему мнению, может быть важной)	



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

--	--

Примечания

Запишите здесь любые дополнения, например любые вопросы, которые Вы хотели бы задать на следующем приеме которые могут возникнуть у Вас в связи с НЭО.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Жизнь с НЭО

Нейроэндокринные опухоли: информация и поддержка

Жизнь с НЭО

Информационная поддержка пациентов с нейроэндокринными
опухолями

Ваши медицинские данные и информация о лечении

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....