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): |  |

|  |
| --- |
| **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:** |
| [ ] Аппендикс[ ] Толстая кишка[ ] Легкое[ ] Поджелудочная железа | [ ] Прямая кишка[ ] Желудок[ ] Тонкая кишка[ ] Неизвестно (первичная опухоль не обнаружена) |
| [ ] Другая (укажите) …………………………..…………………………….…………………………………… |
| **Информация об опухоли:**Стадия [ ]Степень [ ]Наличие метастазов [ ] Да [ ] НетЛокализация: …………………………………………...…………………………………………...………………………… |
| **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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **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: |
| **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**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)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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: |  |

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

|  |
| --- |
| **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 гипертония, 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[ ] Заболевание сердца[ ] Синдром раздраженного кишечника (СРК) или воспалительное заболевание кишечника (например, язвенный колит, болезнь Крона)[ ] Другое (укажите) ………………………………………………..……………………………………………………………………………………… |
| **Перечислите здесь все лекарственные препараты, которые Вы принимаете** | Название лекарственного препарата ………………………………………………..Причина …………………………………………………………………….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)** |  |

|  |
| --- |
| **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. |

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….