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 [ ] Нет  Локализация: …………………………………………...…………………………………………...………………………… | | | |
| **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. |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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