

## Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

Este documento destina-se a ajudá-lo a manter um registro de detalhes importantes que você pode precisar compartilhar com os profissionais de saúde ao longo de sua jornada no Vivendo Com Tumores Neuroendócrinos (TNEs). Tenha uma cópia com você em suas várias consultas e pergunte aos seus profissionais de saúde para ajudá-lo a concluí-lo.

Data:.....

Sobre Você	
<p>Anote seu nome e detalhes de contato aqui: nome e número de telefone de alguém para entrar em contato em caso de emergência, como um membro da família ou um amigo próximo.</p>	
<b>Primeiro Nome:</b>	
<b>Último Nome:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Telefone:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Contato de Emergência (Nome/Número de telephone)</b>	

## Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

Anote o seu histórico de TNE, como a data em que você foi diagnosticado pela primeira vez, o tipo de TNEs que você possui e onde eles estão localizados. Peça a sua equipe de saúde para ajudá-lo a preencher esta seção, se necessário.

### Data do diagnostico:

(Dia, Mês, Ano)

### Quem fez o diagnostico?

Médico clínico geral

Endocrinologista

Gastroenterologista

Outros

.....

### Localização dos TNEs

Apêndice

Reto

Cólon

Estômago

Pulmão

Intestino delgado

Pâncreas

Desconhecido (primário não encontrado)

Outros, por favor especifique.....

### Detalhes dos tumores:

Estágio

Grau

Metastatizado  Sim  Não

Localização: .....

### Outras informações sobre seus TNEs::

Seus Testes e Resultados



## Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

Peça a um membro da sua equipe de saúde para ajudá-lo a completar esta seção e anote os tratamentos que você ou receberá

### Meta do Tratamento:

### Tratamentos recebidos:

#### **Cirurgia**

Data da cirurgia

Tipo da cirurgia

Localização da cirurgia

Resultado da cirurgia

#### **Terapia de radiação**

Tipo de terapida de radiação

Calendário de dose e radiação

Data do primeiro tratamento

Data do ultimo tratamento

Resultado da terapia de radiação

#### **Quimioterapia**

Nome da medicação

Dose e frequência:

### Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

Dose do primeiro tratamento

Data do último tratamento

Resultado da Quimioterapia

#### **Terapia Médica**

Nome da medicação

Dose e frequência

Data do primeiro tratamento

Data do último tratamento

Resultado da terapia médica

**Other treatments received:**

**Seus sintomas e efeitos colaterais**

**Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos**

Registre quaisquer sintomas ou efeitos colaterais que você tenha experimentado aqui. Lembre-se de informar um membro da sua equipe de saúde sobre quaisquer efeitos colaterais que você possa enfrentar. Observe a data e hora (s) se você se lembrar.

Data	Hora	Sintomas/Efeitos colaterais	Quão incômodo era em uma escala de 1 (não do todo) para 10 (muito)?

## Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

<b>Seus profissionais de saúde</b>	
<p>Anote os nomes e detalhes de contato dos profissionais de saúde em sua equipe multidisciplinar aqui, como o nome do seu médico e enfermeiro de cuidados primários, médico especialista TNE e outros que estão envolvidos em seu cuidado.</p>	
<b>Médico de atenção primária</b>	
Nome:	
Endereço:	
Telefone:	
Email:	
<b>Endocrinologista</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
<b>Gastroenterologista</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	

### Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

<b>Cirurgião</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
<b>Oncologista de radiação</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
<b>Médico Oncologista</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
<b>Enfermeira</b>	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	

### Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	
Nome de médico:	
Endereço da clínica ou hospital:	
Telefone:	
Email:	



**Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos**

Sua saúde geral			
<p>Anote sua saúde geral e quaisquer outros problemas de saúde específicos aqui, como se você é alérgico a um medicamento específico ou tenha sido diagnosticado com outras condições médicas, como pressão alta, colesterol alto, asma ou diabetes.</p>			
<p><b>Você tem alguma alergia?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p><b>Descreva as alergias que você pode ter aqui (por exemplo, alérgicas à penicilina)</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p><b>Além de TNEs, você tem outras condições médicas de longo prazo para as quais você recebe tratamento?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Artrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Depressão</p> <p><input type="checkbox"/> Doença cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome da tigela irritável (IBS) ou doença intestinal inflamatória (por exemplo, colite ulcerativa, doença de Crohn)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique)</p> <p>.....</p>		
<p><b>Liste todos os medicamentos que você pode tomar aqui</b></p>	<p>Nome da Medicação.....</p> <p>Razão.....</p> <p>Data e Frequência.....</p> <p>Nome da Medicação.....</p> <p>Razão.....</p> <p>Data e Frequência .....</p>		
<p><b>Quão alto é você?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> metros e <input type="checkbox"/> cm <i>ou</i> <input type="checkbox"/> Feet <input type="checkbox"/> inches</p>		

### Seus detalhes medicos e acompanhamentos dos tratamentos

<b>Qual é o seu peso atual?</b>	<input type="checkbox"/> Kg ou <input type="checkbox"/> stones and <input type="checkbox"/> pounds
<b>Quantas bebidas alcoólicas você bebe em uma semana média?</b>	<input type="checkbox"/> Eu não bebo <input type="checkbox"/> 1 or 2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10 ou mais
<b>Você fuma?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Outro (liste qualquer outra informação que você acha que pode ser importante aqui):</b>	

