

v. 001 SZABLON NOTATKI z rozmowy z lekarzem onkologiem - MOŻNA POWIELAĆ WYŁĄCZNIE W CAŁOŚCI (WRAZ Z TĄ INFORMACJĄ)

Wyjaśnienia, w tym pytania do lekarza i najnowszą wersję szablonu znajdziesz na stronie: www.primanatura.pl/pytania-do-lekarza-onkologa

Jeśli zabraknie miejsca, pisz na drugiej stronie. Zrób zdjęcie tej notatki, aby Ci nie zginęła.

NAZWA METODY LECZENIA (opisz obok)

Użyj nazwy podanej przez lekarza oraz swojego objaśnienia

JAK PRZEBIEGA LECZENIE

zaznacz x i opisz obok

- konieczne dodatkowe badania
- konieczna opieka specjalistyczna
- konieczne kontrole, jak często:.....
- możliwe leczenie ambulatoryjne
- możliwe wizyty domowe
- konieczny pobyt w szpitalu
- można wybrać szpital

Opisz, jakie badania, jakie leki, jaka opieka specjalistyczna, jakie wizyty domowe, jaki szpital itp.

Jak długo potrwa:

JAKIE SĄ PLUSY TEJ METODY

zaznacz x i opisz obok

- powrót do całkowitego zdrowia i sprawności
- powrót do ograniczonego zdrowia i sprawności
- podniesienie komfortu życia w czasie choroby
- lekarz ma z nią największe doświadczenie
- refundacja NFZ
- inne (opisz obok)

JAKIE SĄ MINUSY TEJ METODY

zaznacz x i opisz obok

- | specyficzne dla tej terapii | T | P | S | D |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| obniżenie komfortu życia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ryzyko niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| problem z pracą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ograniczenie kontaktów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nierefundowane koszty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zmiana nastroju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zmiana apetytu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zmiana senności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| inne (opisz obok) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⇨ Czy minusy będą **trwale (T)** czy **przejściowe (P)**? Jeśli przejściowe, to czy **miną same (S)** czy **będą wymagać dodatkowej terapii (D)**?

Skutki uboczne i powikłania specyficzne dla tej terapii:

Jeśli zastosuję tę metodę jako Plan A, wówczas jako Plan B nie będzie można zastosować metody:

CZYM SIĘ WSPOMAGAĆ

zaznacz x i opisz obok

- dieta
- suplementy diety
- ruch
- fizjoterapia, np. techniki oddechowe
- psychoterapia, np. techniki relaksacyjne
- socjoterapia, np. grupy wsparcia
- inne (opisz obok)

Co dokładnie proponuje lekarz w każdej z zaznaczonych kwestii:

PODSUMOWANIE

Zaznacz x: Plan A Plan B Metoda wybrana przez lekarza dla jego bliskiej osoby Lekarz zaleca pośpiech
Jeśli zaznaczyłeś **Plan A**, gdzie i kiedy najpóźniej wg lekarza rozpocząć leczenie?