NASILENIE OBJAWU:

0	1	2	3	4	5
brak objawu - nic się nie dzieje niepokojącego	**bardzo mały objaw** - nieznaczne natężenie	**mały objaw** - mała niedogodność	**średni objaw** - trochę mi dokucza	**mocny objaw** - utrudnia mi dzień	**bardzo silny objaw** - duża zmiana, bardzo męcząca

CYKL: . . . . . .

PRZYJMOWANE LEKI: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Terapia: **CHEMIOTERAPIA**

Wpisz przy pomocy skali od 0 do 5 jakie odczuwasz nasilenie objawów:

OBJAWY: / DATA:																														
zmiany w morfologii krwi																														
stany zapalne błon śluzowych																														
zapalenie spojówek																														
nudności																														
wymioty																														
biegunka																														
zaparcia																														
reakcja uczuleniowa na leki																														
osłabienie																														
pogorszenie wydolności krążeniowo-oddechowej																														
drętwienie/mrowienie skóry																														
uczucie drętwienia																														
osłabienie siły mięśniowej																														
bóle mięśniowe																														
bóle stawów																														
pogorszenie funkcji nerek																														
zaburzenia kontroli ciśnienia tętniczego																														
zaburzenia pracy serca																														
odwracalne wyłysienie lub wypadanie włosów																														
zapalenie rumieniowo -złuszczające skóry dłoni i stóp																														
zmiany na paznokciach																														
trądzikopodobne zmiany skórne																														
pokrzywki																														
miejscowe reakcje zapalne związane z wkłuciem																														
.....																														