

Cielený doplnkový dotazník k iným druhým primárnym malignitám (Second Primary Malignancy, SPM)

***NENECHÁVAJTE, PROSÍM, ŽIADNE POLE NEVYPLNENÉ. V PRÍPADE, ŽE INFOMÁCIA NIE JE K DISPOZÍCII ALEBO NIE JE V PRE KONTEXT RELEVANTNÁ, PRÍSLUŠNÉ POLE PREŠKRTNITE.**

ÚDAJE O PACIENTOVI:

Iniciály	Vek	Číslo pacienta	Pohlavie	Váha	Výška	Dátum narodenia	Číslo pacienta

V prípade, že sa jedná o ženu, je pacientka tehotná? Áno / Nie	Pokiaľ áno, uveďte dátum posledného menštruačného cyklu:	Predpokladaný dátum pôrodu:
---	--	-----------------------------

LIEKY V PODOZRENÍ

Liek/obchodný názov	Výrobca & č. šarže	Cesta podania	Denná dávka	Indikácia	Dátum začiatku liečby	Dátum ukončenia liečby
1.						
2.						

DETAILY PODOZRENIA NA NEŽIADUCI ÚČINOK LIEKU

Dátum prvého prejavu nežiaduceho účinku 1) 2)	Dátum vymiznutia nežiaduceho účinku 1) 2)
---	---

Popíšte, prosím, nežiaduci účinok a podrobnosti akejkoľvek poskytnutej liečby alebo vyšetrenia	Výsledok: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zotavenie pacienta <input type="radio"/> bez zotavenia pacienta <input type="radio"/> zotavenie s následkami <input type="radio"/> v rekonvalescencii <input type="radio"/> fatálny <input type="radio"/> neznámy
--	--

ZÁVAŽNOSŤ NEŽIADUCEJ REAKCIE(Í):

Považujete reakciu za závažnú?	<input type="radio"/> Áno	<input type="radio"/> Nie
Ak áno, uveďte dôvod: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> smrť pacienta <input type="radio"/> hospitalizácia /predĺžená hospitalizácia 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ohrozenie života <input type="radio"/> invalidita/nespôsobilosť 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> kongenitálna abnormalita <input type="radio"/> medicínsky významný stav

OPATRENIA PRIJATÉ VO VZŤAHU K LIEKOM V PODOZRENÍ

<input type="radio"/> zníženie dávky	<input type="radio"/> zvýšenie dávky	<input type="radio"/> prerušenie terapie liekom	<input type="radio"/> dávka nezmenená
<input type="radio"/> neznáme			

SÚBEŽNE UŽÍVANÁ MEDIKÁCIA (vrátane tej rastlinného pôvodu a samoliečby):

Liek/obchodný názov	Cesta podania	Denná dávka	Indikácia	Dátum začatia liečby	Dátum ukončenia liečby
1.					
2.					
3.					

Doplňujúce informácie k iným druhým primárnym malignitám (Second Primary Malignancy, SPM)

1. Prejavuje sa u pacienta akýkoľvek z nasledujúcich symptómov (prípadne iné – zoznam nie je limitujúci) bez vysvetliteľnej príčiny? (únava, silné nočné potenie, horúčka, úbytok hmotnosti, generalizované svrbenie, dýchavičnosť, tvorba modrín, krvácanie, opakovaný výskyt infekcií, bolesť kostí, abdominálna bolesť, lymfadenopatia, splenomegália)

2. Bola pacientovi v minulosti diagnostikovaná infekcia vírusového pôvodu, ktorá bola liečená dlhšiu dobu?

3. Trpí pacient akýmkoľvek genetickými poruchami?

4. Podstúpil pacient v minulosti radiačnú terapiu?

5. Je pacient fajčiar alebo pije alkohol? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, frekvenciu tohto správania.

6. Užíva pacient lenalidomid dlhodobo? Uveďte, prosím, dĺžku užívania.

7. Má pacient históriu užívania drog, súbežného užívania imunosupresív alebo dlhodobej terapie kortikosteroidmi?

8. Podstúpil pacient v minulosti transplantáciu orgánov?

KONTAKTNÉ ÚDAJE ODOSIELATEĽA:

Titul, meno a priezvisko	Zamestnanie	Podpis	Dátum
Adresa: PSC:	Email:	Tel. č.:	