

O meu



guia

Importante:

O uso de “O meu guia”, bem como todos os dados que o seu proprietário escolha registar nesta ferramenta - incluindo todas as *informações armazenadas no guia que constituem dados pessoais e dados sensíveis* -, são sua *propriedade* e da sua inteira responsabilidade.

A MSD não acede nem trata dados pessoais deste material, nem se responsabiliza por nenhum acesso ou uso indevido, violação de privacidade ou qualquer outra ação que possa ocorrer em relação aos dados armazenados na ferramenta.

“O meu guia” é uma ferramenta auxiliar para o acompanhamento de patologias, cujas várias funcionalidades o proprietário pode utilizar de acordo com sua livre vontade. O proprietário deve manter a posse do seu guia. Se o proprietário optar por partilhá-lo, ou as suas informações pessoais nele contidas, o mesmo é exclusivamente responsável pelo que decorrer dessa decisão.

A sua utilização não dispensa a necessária consulta com profissionais de saúde competentes, responsáveis pelo seu acompanhamento e atendimento, antes de qualquer decisão médica.

Ao adquirir e utilizar “O meu guia”, o proprietário concorda com esses termos e assume total responsabilidade pelo seu uso.

GOSTARIA DE ADICIONAR PÁGINAS AO SEU GUIA?

Digitalize esta imagem com a câmara do seu telemóvel.



O MEU GUIA

Este guia foi desenhado para pessoas com cancro, no sentido de as ajudar ao longo das várias fases do seu tratamento, nomeadamente:

- / Resumo da história clínica
- / Registo de consultas
- / Tratamento
- / Exames/análises
- / Contactos da equipa médica e recursos adicionais

Pode também ser utilizado para registar informação sobre sintomas e até medicação.

O cancro afeta cada pessoa de forma diferente e este guia pretende refletir a sua abordagem pessoal. Utilize-o como mais lhe convier. Partilhe as suas preocupações, questões e/ou comentários com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.



Índice

1. Mensagem introdutória
 2. Identificação
 3. Resumo da história clínica
 4. Calendário de *follow-up*, consultas e exames
 5. Plano de tratamento
 6. Quimioterapia, imunoterapia ou outros tratamento
 7. Radioterapia
 8. Peso e análises
-

-
9. Monitorização de sintomas a partir de casa
 10. Lista de medicamentos
 11. Recursos adicionais
 12. Notas e questões



IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Contacto pessoal / casa: /

Contacto profissional:

◆ Em caso de emergência, contactar:

Nome:

Contacto:

Número de utente:

Nome do seguro de saúde:

Número do seguro de saúde:

Numero da apólice do seguro de saúde:

Número identificação fiscal:

Número segurança social:

Contacto do local onde está a fazer o tratamento:

Contacto hospitalar em caso de emergência:

Outro(s) contacto(s):

Colar aqui a vinheta com os códigos do processo do doente

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA



Forneça as informações solicitadas abaixo de acordo com o seu melhor conhecimento. Em caso de dúvida ou informação em falta, sugerimos que entre em contacto com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.

Alergias:

Substância(s): Tipo de reação:
Substância(s): Tipo de reação:
Substância(s): Tipo de reação:

Grupo sanguíneo:

Fez alguma(s) cirurgia(s)? Sim Não

Qual/Quais?

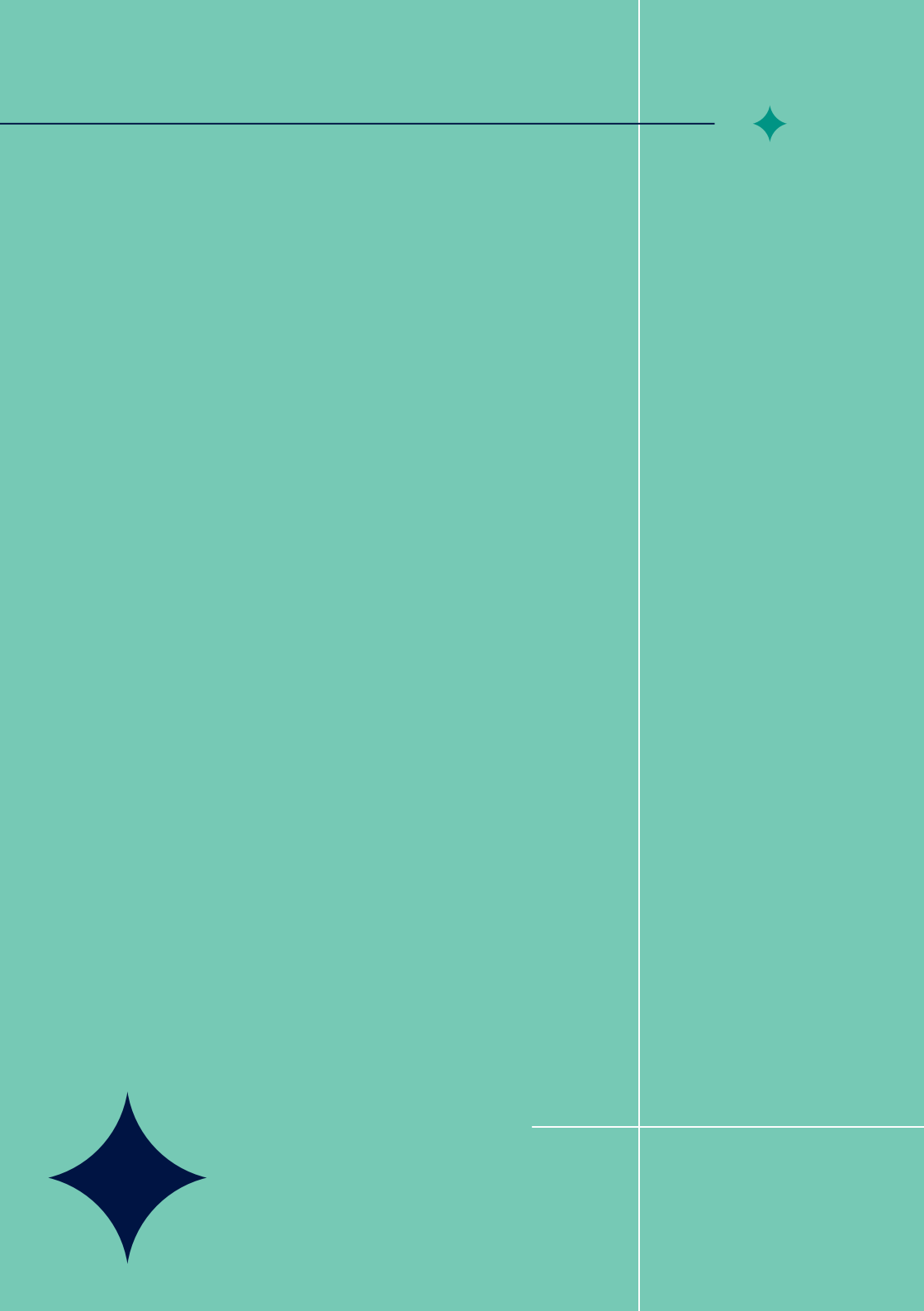
Diagnóstico de doença oncológica: Data:

Outras informações:

Outros problemas de saúde:

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Doenças cardiovasculares: | <input type="checkbox"/> | Doenças neurológicas: | |
| Hipertensão arterial: | <input type="checkbox"/> | Enxaqueca/dores de cabeça | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes <i>mellitus</i> : | <input type="checkbox"/> | Convulsões | <input type="checkbox"/> |
| Doenças respiratórias: | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> |
| Doenças renais: | <input type="checkbox"/> | Tratamento anticoagulante: | <input type="checkbox"/> |
| Doenças reumatológicas: | <input type="checkbox"/> | Dieta especial: | <input type="checkbox"/> |

Outro(s) problema(s) de saúde:



Calendário de *follow-up*, consultas e exames

CALENDÁRIO DE FOLLOW-UP, CONSULTAS E EXAMES

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

A: Análises ao sangue; **E:** Exames; **Q:** Quimioterapia; **R:** Radioterapia; **MF:** Médico de Família; **EF:** Enfermagem; **CS:** Centro de Saúde; **F:** Fisioterapeuta; **PC:** Psicólogo(a); **PQ:** Psiquiatra; **N:** Nutricionista; **O:** Outro(s) _____

CALENDÁRIO DE FOLLOW-UP, CONSULTAS E EXAMES

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



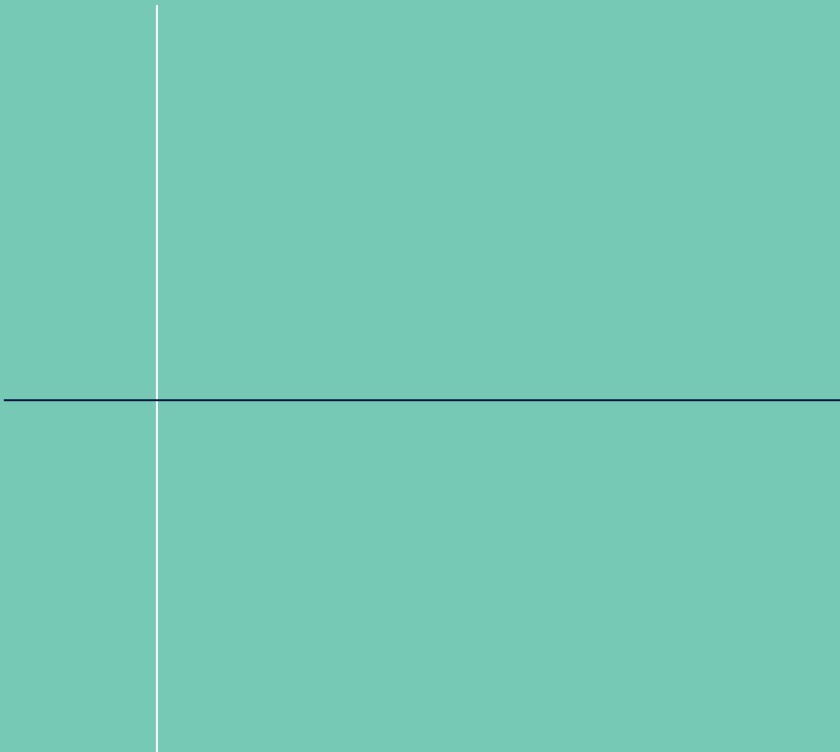
Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Mês:

| 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
|----------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

A: Análises ao sangue; **E:** Exames; **Q:** Quimioterapia; **R:** Radioterapia; **MF:** Médico de Família; **EF:** Enfermagem; **CS:** Centro de Saúde; **F:** Fisioterapeuta; **PC:** Psicólogo(a); **PQ:** Psiquiatra; **N:** Nutricionista; **O:** Outro(s) _____



Plano de tratamento

PLANO DE TRATAMENTO CIRURGIA

O seu plano de tratamento pode incluir cirurgia. Em caso de dúvida, sugerimos que entre em contacto com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Cirurgia | | |
| <i>Follow-up</i> e recomendações | | |
| Comentários | | |



| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Cirurgia | | |
| <i>Follow-up</i> e recomendações | | |
| Comentários | | |

PLANO DE TRATAMENTO CIRURGIA

O seu plano de tratamento pode incluir cirurgia. Em caso de dúvida, sugerimos que entre em contacto com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Cirurgia | | |
| <i>Follow-up e</i> recomendações | | |
| Comentários | | |



| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Cirurgia | | |
| <i>Follow-up</i> e recomendações | | |
| Comentários | | |

PLANO DE TRATAMENTO QUIMIOTERAPIA, IMUNOTERAPIA OU OUTROS TRATAMENTOS



O seu plano de tratamento pode incluir cirurgia. Em caso de dúvida, sugerimos que entre em contacto com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento (incluindo medicação antes e após) | | |
| Medicamentos para tomar em casa | | |
| Comentários | | |

Numa sessão de quimioterapia ou imunoterapia, pergunte à equipa que o(a) segue quais os nomes da sua medicação. Esta informação será bastante útil, em caso de eventos adversos e/ou sintomas após o tratamento.

Data da primeira sessão de quimioterapia/imunoterapia:

Outras informações:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento (incluindo medicação antes e após) | | |
| Medicamentos para tomar em casa | | |
| Comentários | | |

PLANO DE TRATAMENTO QUIMIOTERAPIA, IMUNOTERAPIA OU OUTROS TRATAMENTOS



O seu plano de tratamento pode incluir cirurgia. Em caso de dúvida, sugerimos que entre em contacto com os profissionais de saúde que o(a) estão a acompanhar.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento (incluindo medicação antes e após) | | |
| Medicamentos para tomar em casa | | |
| Comentários | | |

Numa sessão de quimioterapia ou imunoterapia, pergunte à equipa que o(a) segue quais os nomes da sua medicação. Esta informação será bastante útil, em caso de eventos adversos e/ou sintomas após o tratamento.

Data da primeira sessão de quimioterapia/imunoterapia:

Outras informações:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Data | | |
| Quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento (incluindo medicação antes e após) | | |
| Medicamentos para tomar em casa | | |
| Comentários | | |

PLANO DE TRATAMENTO RADIOTERAPIA

Numa sessão de radioterapia, peça ao(à) radio-oncologista, ao(à) enfermeiro(a) ou ao(à) técnico(a) de radioterapia para preencher os campos abaixo de acordo com o seu tratamento de radioterapia.

Área(s) do corpo tratada(s):

Tipo de radioterapia: Radioterapia externa Braquiterapia

Número previsto de tratamentos:

Duração prevista do tratamento (semanas):

Data de início:

Data de término:

| Data ou semana | | |
|----------------------------|--|--|
| Tratamento de radioterapia | | |
| Comentários | | |



| | | |
|----------------------------|--|--|
| Data ou semana | | |
| Tratamento de radioterapia | | |
| Comentários | | |

PLANO DE TRATAMENTO RADIOTERAPIA

Numa sessão de radioterapia, peça ao(à) radio-oncologista, ao(à) enfermeiro(a) ou ao(à) técnico(a) de radioterapia para preencher os campos abaixo de acordo com o seu tratamento de radioterapia.

Área(s) do corpo tratada(s):

Tipo de radioterapia: Radioterapia externa Braquiterapia

Número previsto de tratamentos:

Duração prevista do tratamento (semanas):

Data de início:

Data de término:

| | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Data ou semana | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tratamento de radioterapia | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



| | | |
|----------------------------|--|--|
| Data ou semana | | |
| Tratamento de radioterapia | | |
| Comentários | | |



Monitorização de sintomas a partir de casa

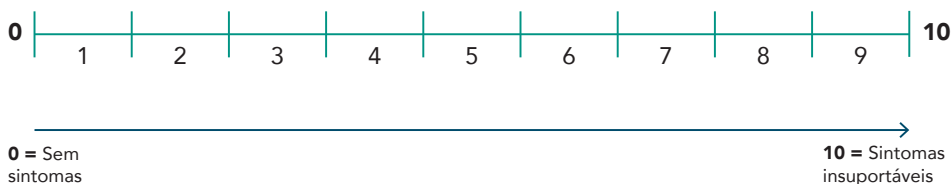


MONITORIZAÇÃO DE SINTOMAS A PARTIR DE CASA

Caso monitorize os seus sintomas a partir de casa, esta escala de 0 a 10 pode ajudá-lo(a) a determinar e a registar os níveis de gravidade, assim como acompanhar os métodos que utiliza para os aliviar.

Sugerimos que tenha estas informações consigo quando for ao seu médico ou ao telefonar para obter assistência, pois estas informações podem ser úteis aos profissionais de saúde no sentido de identificarem as melhores medidas para aliviar os seus sintomas.

O exemplo a seguir usa a dor como exemplo. A escala pode ser aplicada a qualquer sintoma que possa vir a ter.



Exemplo da tabela seguinte:

- / Em caso de não ter dor, escreva "0" na coluna "dor";
- / Caso tenha algum nível de dor, escreva o número relevante com base na escala acima;
- / Siga o mesmo procedimento para todos os outros sintomas.



Na área apropriada e com base na escala fornecida acima, escreva o grau que, na sua percepção, melhor se aplica a cada sintoma.

Pede-se aos profissionais de saúde e aos doentes que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas no sítio da Internet:

<http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram> ou Linha do Medicamento: 800 222 444 (gratuita) ou e-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt



| | | | | |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Data | | | | |
| Dor | | | | |
| Fadiga | | | | |
| Falta de ar | | | | |
| Ansiedade | | | | |
| Sonolência | | | | |
| Insónias | | | | |
| Dormência | | | | |
| Sangramento | | | | |
| Náuseas | | | | |
| Vômitos | | | | |
| Diarreia | | | | |
| Obstipação | | | | |
| Perda de apetite | | | | |
| Estomatite | | | | |
| Esofagite, gastrite | | | | |
| Reação cutânea | | | | |
| Febre (°C) | | | | |
| Outro(s) | | | | |
| O que fez para aliviar os sintomas? | | | | |

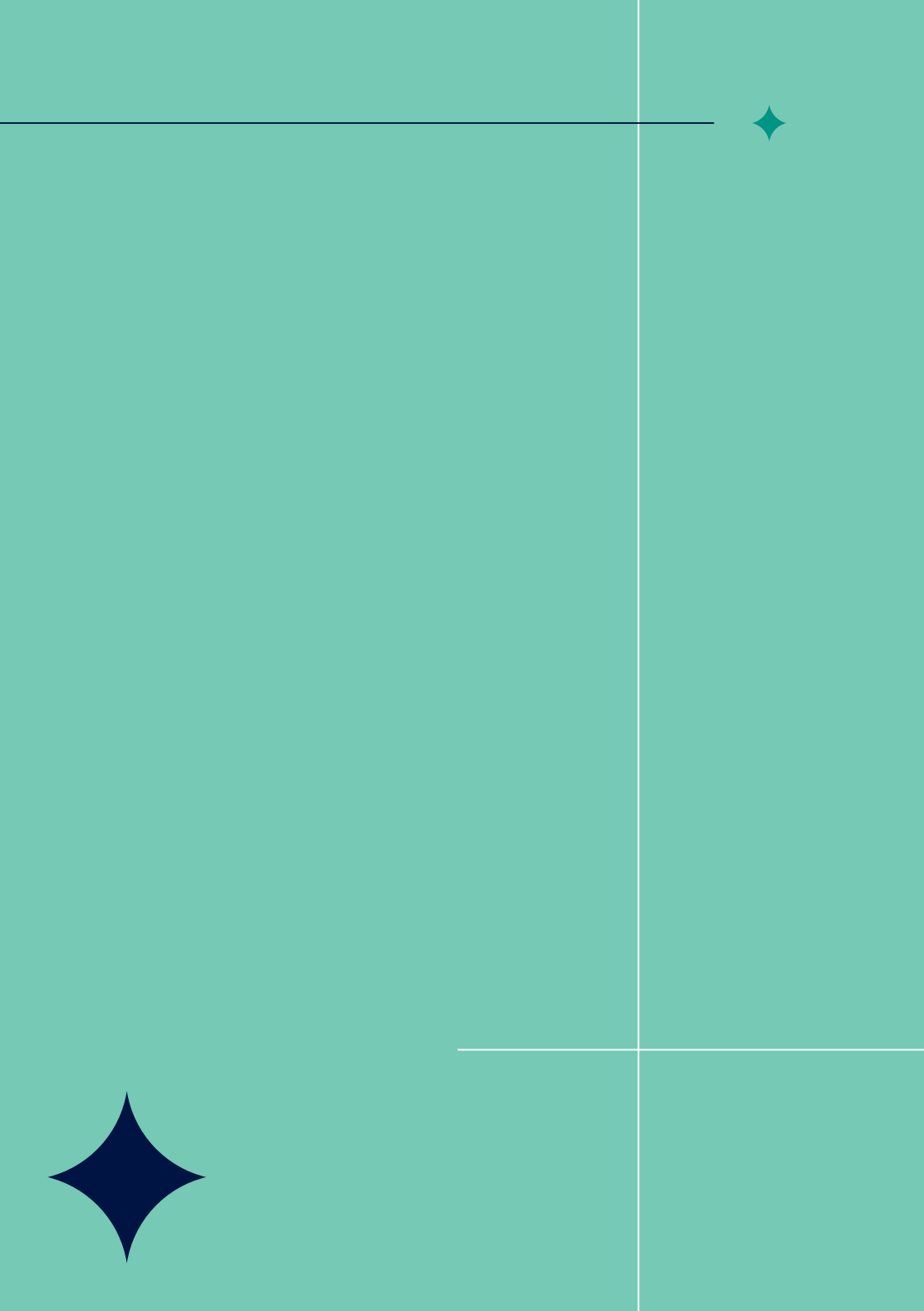
MONITORIZAÇÃO DE SINTOMAS A PARTIR DE CASA

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Data | | | | |
| Dor | | | | |
| Fadiga | | | | |
| Falta de ar | | | | |
| Ansiedade | | | | |
| Sonolência | | | | |
| Insónias | | | | |
| Dormência | | | | |
| Sangramento | | | | |
| Náuseas | | | | |
| Vómitos | | | | |
| Diarreia | | | | |
| Obstipação | | | | |
| Perda de apetite | | | | |
| Estomatite | | | | |
| Esofagite, gastrite | | | | |
| Reação cutânea | | | | |
| Febre (°C) | | | | |
| Outro(s) | | | | |
| O que fez para aliviar os sintomas? | | | | |

Pede-se aos profissionais de saúde e aos doentes que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas no sítio da Internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram> ou Linha do Medicamento: 800 222 444 (gratuita) ou e-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt



| | | | | |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Data | | | | |
| Dor | | | | |
| Fadiga | | | | |
| Falta de ar | | | | |
| Ansiedade | | | | |
| Sonolência | | | | |
| Insónias | | | | |
| Dormência | | | | |
| Sangramento | | | | |
| Náuseas | | | | |
| Vômitos | | | | |
| Diarreia | | | | |
| Obstipação | | | | |
| Perda de apetite | | | | |
| Estomatite | | | | |
| Esofagite, gastrite | | | | |
| Reação cutânea | | | | |
| Febre (°C) | | | | |
| Outro(s) | | | | |
| O que fez para aliviar os sintomas? | | | | |



Lista de medicamentos

LISTA DE MEDICAMENTOS

| Nome do medicamento | | |
|---------------------|--|--|
| Dosagem | | |
| Frequência | | |
| Data de início | | |
| Data de término | | |
| Comentários | | |



| | | |
|---------------------|--|--|
| Nome do medicamento | | |
| Dosagem | | |
| Frequência | | |
| Data de início | | |
| Data de término | | |
| Comentários | | |

LISTA DE MEDICAMENTOS

| | | |
|---------------------|--|--|
| Nome do medicamento | | |
| Dosagem | | |
| Frequência | | |
| Data de início | | |
| Data de término | | |
| Comentários | | |



| | | |
|---------------------|--|--|
| Nome do medicamento | | |
| Dosagem | | |
| Frequência | | |
| Data de início | | |
| Data de término | | |
| Comentários | | |



RECURSOS ADICIONAIS



- / **Associações de doentes:** <https://www.cancro-online.pt/associacoes-de-doentes/>
- / **Direitos do doente oncológico:**
<https://www.cancro-online.pt/direitos-do-doente-oncologico/>
- / **Ensaios clínicos:** <https://www.cancro-online.pt/cancro/ensaios-clinicos/>
- / **Glossário de termos:** <https://www.cancro-online.pt/glossario-de-terminos/>
- / **Guias para o doente:** <https://www.cancro-online.pt/guias-para-o-doente/>
- / **Nutrição e estilo de vida:**
<https://www.cancro-online.pt/cancro/nutricao-estilodevida/>



www.msd.pt | Tlf: 214465700

Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 - 2770-192
Paço de Arcos | NIPC: 500 191 360 | Copyright© 2023 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA
e suas afiliadas. Todos os direitos reservados.

PT-NON-02459 12/2023

CANCRO
ONLINE