Namn:       Kön:

Telefon:       E-post:

Längd:     cm Vikt:     kg Födelsedatum:   .   .

Har ni konstaterats ha någon cancersjukdom?

nej ja,

mikroskopidiagnos (PAD):       t.ex. (carcinoma ductale mammae), (datum)   .   .

Opererad

nej ja, ingrepp:      , (datum)   .   .

Metastaser

nej ja, var:

Strålbehandling

nej ja, påbörjades (datum)   .   .     , har getts    gånger, sammanlagt:    Gy

Kemoterapi (cytostatikabehandling)

nej ja, påbörjades (datum)   .   .     , har getts    gånger

Hormonbehandling

nej ja, påbörjades (datum)   .   .     , läkemedel:

Exakta uppgifter från journalhandlingen kan levereras

nej ja

Patologiska mikroskopiglas kan levereras

nej ja

Röntgen-, magnet-, o.d. bilder kan levereras

nej ja

Vilka andra sjukdomar har ni tidigare haft eller har ni nu och hur behandlas de

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sjukdom | Har börjat | Fortsätter/har slutförts | Behandling |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Kontinuerlig läkemedelsbehandling

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Läkemedlets namn | Styrka | Dos | Läkemedelsbehandlingen inleddes (ungefär) |
|  |  | /dygn |  |
|  |  | /dygn |  |
|  |  | /dygn |  |

Vilka smärtstillande läkemedel använde ni i går?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Läkemedlets namn | Styrka | Dos | Läkemedelsbehandlingen inleddes (ungefär) |
|  |  | /dygn |  |
|  |  | /dygn |  |

Allmänt tillstånd (svar på alla på skalan 1–10; 1=mycket dåligt, 10=mycket bra)

* hur känner ni att ni mår i dag:
* hur känns korta promenader utanför hemmet:
* smärta i vila:
* smärta i rörelse:

I vilken ålder började er menstruation:    år I vilken ålder slutade er menstruation:    år

Hormonsubstitutionsbehandling

inte alls i   års tid

Annat som ni vill framföra: