

IMUNOTERAPIA

ACOMPANHAMENTO DAS POSSÍVEIS REAÇÕES ADVERSAS

neon

Núcleo Especializado em Oncologia

A imunoterapia são medicamentos que desbloqueiam nosso sistema imune, da inibição que as células neoplásicas conseguem fazer. Assim, nosso próprio organismo se torna mais eficiente em destruir essas células doentes

Esse manual tem o objetivo de monitorar alguns sintomas pouco comuns, que a imunoterapia pode causar, através de um desbloqueio excessivo do nosso sistema imune.

neon

Núcleo Especializado em Oncologia

GERAIS

Você está tendo dificuldades para realizar suas atividades diárias normais?

Sim Não

Você teve dores de cabeça constantes e incomuns?

Sim Não

Você se sentiu sonolento (a) ou extremamente cansado (a)?

Sim Não

Você sentiu tontura ou teve desmaio?

Sim Não

Você apresentou mudanças de humor ou comportamento, como redução de desejo sexual, irritabilidade ou esquecimento?

Sim Não

Você sentiu frio?

Sim Não

Você ganhou ou perdeu peso?

Sim Não

Você identificou queda de cabelo?

Sim Não

Você identificou alteração na voz, por exemplo, ela se tornou mais grave?

Sim Não

Você reparou se sua pele ou seus olhos estão ficando amarelos?

Sim Não

Você está urinando com frequência maior ou menor que o normal?

Sim Não

Você identificou alteração na coloração da urina, como sanguinolenta, escura ou com cor de chá?

Sim Não

Você detectou sangramentos ou hematomas mais facilmente que o normal?

Sim Não

Você apresenta inchaço nos tornozelos?

Sim Não

Você teve dor muscular ou articular grave ou constante?

Sim Não

Você apresentou fraqueza muscular intensa?

Sim Não

Você apresentou erupção cutânea?

Sim Não

Você apresentou alterações na visão?

Sim Não

Você começou a tomar algum medicamento novo (com prescrição, de venda livre ou fitoterápico)? Se sim, qual e com qual frequência?

Sim Não

Você apresentou vermelhidão ou dores nos olhos?

Sim Não

A sua pele descamou?

Sim Não

Você está apresentando dormência ou formigamento nas mãos ou nos pés?

Sim Não

Você está sentindo fraqueza incomum nas pernas, nos braços ou no rosto?

Sim Não

PULMONARES

Você apresentou tosse, ou tosse prévia que se agravou?

Sim Não

Você apresenta ou apresentou dor no peito?

Sim Não

Você apresenta dificuldade de respirar ou falta de ar?

Sim Não

NEUROLÓGICAS

Você apresentou algum período de confusão?

Sim Não

Você perdeu a consciência em algum momento?

Sim Não

GASTROINTESTINAIS

Você está apresentando náusea ou vômito constantes, sem melhora com medicação?

Sim Não

Você apresenta perda de apetite ou apresenta menos fome que o normal?

Sim Não

Quantas evacuações diariamente? (mais de 3 X ao dia?)

Sim Não

Isso é diferente do normal? Se sim, como?

Sim Não

Suas fezes estão moles ou aquosas, ou têm um cheiro ruim?

Sim Não

Você observou sangue ou muco nas suas fezes?

Sim Não

Suas fezes estão escuras ou negras?

Sim Não

Você apresenta evacuações dolorosas?

Sim Não

Você está sentindo dor ou sensibilidade na sua barriga?

Sim Não

Se sim, onde?

CUTÂNEOS

Você apresentou erupção ou coceira?

Sim Não

Você apresentou bolhas na pele ou úlceras na boca ou outras membranas mucosas?

Sim Não

REAÇÃO INFUSIONAL

Você teve calafrios ou tremores após receber uma dose de imunoterapia?

Sim Não

Você apresentou rubor após receber uma dose de imunoterapia?

Sim Não

Você teve febre após receber uma dose de imunoterapia?

Sim Não