

## Bivirkningsskema – 8 serier (EC + docetaxel/ug. paclitaxel)

Dette skema har 3 formål:

1. At give os på onkologisk afdeling et overblik over dine evt. gener under behandlingen, så vi bedst muligt kan afhjælpe dem
2. At give os et overblik over dine evt. gener, så vi kan tilrette den dosis kemoterapi du skal have – så du får færrest muligt bivirkninger
3. At få oplysninger om hvor længe eventuelle bivirkninger eller gener er tilstede – EFTER behandlingen er ophørt

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde det aktuelle skema dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Får du ugentligt behandling (med paclitaxel), skal du kun udfylde skemaet efter hver 3 behandling.

Når selve kemoterapien er afsluttet, bedes du afleverer skemaet som anført på den enkelte side.

Har du ved behandlingens start stadig dine menstruationer, vil vi bede dig anfører hvis de ophører samt hvornår de evt. starter igen.

Sidste skema afleveres ca. 1 år efter at din kemoterapi er afsluttet. (Går du ikke længere til opfølgning på afdelingen, ville vi værdsætte, hvis du sendte det til din behandlende afdeling)

Med venlig hilsen



Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke trætt	Lidt mere trætt end vanlig	Moderat trætt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt trætt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende trætt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. \* Får du ugentlig behandling (Paclitaxel) er det oplysninger om de seneste 3 behandlinger vi vil bede dig noterer. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 Sign: \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. \* Får du ugentlig behandling (Paclitaxel) er det oplysninger om de seneste 3 behandlinger vi vil bede dig noterer. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 Sign: \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. \* Får du ugentlig behandling (Paclitaxel) er det oplysninger om de seneste 3 behandlinger vi vil bede dig noterer. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_



Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. \* Får du ugentlig behandling (Paclitaxel) er det oplysninger om de seneste 3 behandlinger vi vil bede dig noterer. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. \* Får du ugentlig behandling (Paclitaxel) er det oplysninger om de seneste 3 behandlinger vi vil bede dig noterer. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_



Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Slimhindeirritation i mund og svælg	Ingen	Rødme eller sår som ikke er ømme eller kun lidt ømme	Smertende rødmen eller sår. Kan dog synke og spise	Smertende rødmen eller sår. Kan ikke synke og må have væske i et drop	Alvorlige sår. Må have væske og ernæring i drop. Vejrtrækningsbesvær
Diarre	Ingen	Lidt, men mindre en 4 gange om dagen	4-6 gange dagligt eller diare om natten	Mere end seks gange om dagen	Så meget at det krævede indlæggelse
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløstillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Negleændringer	Ingen	Farveændring, riller, flosser	Delvis eller hel tab af negle eller smerter i neglebånd		
Opkastning	Ingen	En opkastning på et døgn	2-5 opkastninger på et døgn	Flere en 5 opkastninger på et døgn, eller behov for væske i et drop	Uafbrudte opkastninger som kræver indlæggelse
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme som kræver indlæggelse
Træthed	Ikke træt	Lidt mere træt end vanlig	Moderat træt, vanskeligheder ved at overkomme daglige funktioner	Voldsomt træt, kan lige knapt overkomme daglige gøremål	Invaliderende træt
Væskeophobning	Ingen	Let væskeophobning, ikke behandlingskrævende	Væskeophobning, kræver vanddrivende medicin	Væskeophobning der influerer på funktionsniveau og ikke afhjælpes af vanddrivende medicin	
Andre bivirkninger (beskriv med få ord)					
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	
Hår	Normalt	Let-moderat udtynding	Svær/total udtynding - paryk krævende		

Skemaet udfyldt af: Navn: \_\_\_\_\_  
 Sign: \_\_\_\_\_ (BLOKBOGSTAVER) Dato: \_\_\_\_\_

Navn - CPR nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det i forbindelse med den seneste kemoterapi. Vi vil bede dig om at udfylde skemaet dagen før du skal have den næste kemoterapi. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen – evt. samme dag du får taget blodprøver.

Grad	0	1	2	3	4
Muskel og led smerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate smerter, påvirker ens funktion, men ikke ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Svære smerter, påvirker ens funktion, og ens daglige liv (smertestillende medicin er nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Nerve påvirkning	Ingen	Forbigående stikken/ prikken i fingre/tæer	Let vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der ikke påvirker daglige funktion	Vedvarende stikken/ prikken i fingre/tæer, der påvirker den daglige funktion	Vedvarende følelseløshed i fingre/tæer der påvirker den daglige funktion
Menstruation	Regelmæssig	Kraftigere end vanlig	Øget interval mellem menstruationer eller regelmæssig men sparsom blødning	Ophørt	
Hår	Normalt	Let-moderat udtynding	Svær/total udtynding - paryk krævende		

Andre bivirkninger (beskriv med få ord)	
---	--

Skemaet udfyldt af:      Navn: \_\_\_\_\_  
 (BLOKBOGSTAVER)  
 Sign: \_\_\_\_\_      Dato: \_\_\_\_\_