

Sección 3

Recursos y mantenimiento de registros

Contactos del equipo de tratamiento.....	121
Recursos para alojamiento.....	124
Recursos para transporte.....	125
Recursos para pacientes y cuidadores.....	126
Recursos para ensayos clínicos.....	129
Mantenimiento de registros.....	130

Contactos del equipo de tratamiento

Escriba en las páginas siguientes la información de contacto de todas las personas de su equipo de tratamiento o engrape sus tarjetas de presentación en las páginas siguientes. Estos son algunos de los tipos de miembros del equipo de tratamiento de los que debe recopilar información de contacto y saber cuándo debe ponerse en contacto con ellos:

- Mi oncólogo principal
- Mi médico principal de terapia de células CAR T (oncólogo, hematólogo, experto en trasplantes de células madre o investigador principal)
- Coordinadores del Equipo CAR T, Planificadores y Enfermeros Asesores
- Enfermeras, Enfermeras de Práctica Avanzada y Asistentes Médicos que coordinan su atención CAR T
- Asesores de ensayos clínicos
- Personal de la clínica de aféresis
- Trabajadores sociales que pueden ayudarle a coordinar su atención, encontrar recursos y apoyo financiero, y administrar la logística y el costo de la atención (puede estar disponible a través de su seguro o en su centro CAR T)
- Asesor financiero (puede estar disponible a través de su seguro o en su centro CAR T)
- Médicos, enfermeras y residentes que brindarán atención hospitalaria mientras usted está en el hospital
- Neurólogos, endocrinólogos, especialistas en enfermedades infecciosas, proveedores de cuidados paliativos y otros que pueden vigilar y tratar sus efectos secundarios
- El equipo de cuidados intensivos, si está ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

CONTACTOS DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

CONTACTOS DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre y cargo _____

Instalación y ubicación _____

Debería contactar a esta persona si _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Recursos para alojamiento

Pregunte a su equipo CAR T y su aseguradora si ofrecen ayuda para alojamiento. Además, existen recursos de varias organizaciones sin fines de lucro que ayudan a los pacientes de cáncer y cuidadores con algunas de sus necesidades de vivienda durante el tratamiento:

American Cancer Society Patient Lodging

800-227-2345 • www.bit.ly/ACSLodging

Ofrece alojamiento en Hope Lodges y hoteles en todo Estados Unidos

Hotel Keys of Hope

800-227-2345 • www.bit.ly/KeyOfHope

Extended Stay America se ha asociado con la Sociedad Americana del Cáncer para proporcionar estadías gratuitas y con descuento en habitaciones de hotel a pacientes con cáncer que reciben tratamiento fuera de casa

Joe's House

877-563-7468 • www.joeshouse.org/

Herramienta de búsqueda en línea que ayuda a los pacientes de cáncer y sus familias a encontrar un lugar donde alojarse cuando viajan para recibir tratamiento médico

Recursos para transporte

Pregunte a su equipo CAR T y su aseguradora si ofrecen ayuda de transporte. Hay muchas organizaciones sin fines de lucro que apoyan a los pacientes de cáncer y a los cuidadores para encontrar, asegurar y pagar los costos de transporte, incluido transporte aéreo y terrestre.

Air Charity Network

877-621-7177 • www.aircharitynetwork.org

Vuelos gratuitos para personas que no pueden volar comercialmente debido a necesidades financieras o médicas

Mercy Medical Angels

www.mercymedical.org

Vuelos de avión, tarjetas de gasolina y pasajes de autobús y tren para pacientes con necesidades económicas

Corporate Angel Network

914-328-1313 • www.corpangelnetwork.org

Vuelos gratuitos para pacientes con cáncer en aviones corporativos

Good Days Travel Assistance Program

877-968-7233 • www.mygooddays.org

Organiza y paga los gastos de viaje de pacientes con necesidades financieras

Leukemia & Lymphoma Society's Travel Assistance Programs

877-557-2672 • www.lls.org/support/financial-support

Asistencia financiera con gastos de viaje para pacientes con cáncer de sangre con necesidades financieras

American Cancer Society Road to Recovery Program

800-227-2345 • www.bit.ly/ACSTransport

Ofrece transporte gratuito de ida y vuelta al tratamiento para personas con cáncer que no tienen transporte o no pueden conducir por sí mismas

Patient Advocate Foundation

800-532-5274 • www.patientadvocate.org

Su Directorio Nacional de Recursos Financieros puede ayudarle a encontrar recursos nacionales y regionales para transporte, alojamiento y ayuda financiera

Patient AirLift Services (PALS)

631-694-7257 • www.palservices.org/

Vuelos gratuitos para pacientes con necesidades financieras

Recursos para pacientes y cuidadores

FUENTES DE AYUDA EN LÍNEA Y POR TELÉFONO

Línea de Apoyo al Cáncer CAR T

844-792-6517 • www.CancerSupportCommunity.org/Helpline

Tanto si le acaban de diagnosticar un cáncer como si es un sobreviviente veterano superviviente, si cuida de alguien con cáncer o si es un profesional de la salud que busca recursos, la línea de ayuda gratuita de apoyo al cáncer CAR T del CSC está disponible en 200 idiomas. Los asesores comunitarios de la Línea de Apoyo al Cáncer son trabajadores sociales licenciados y están especialmente formados para ayudar a los pacientes, cuidadores y familiares a superar las barreras sociales, emocionales, prácticas y financieras que dificultan la atención de su salud. Los asesores comunitarios ofrecen asistencia individualizada de calidad desde antes del diagnóstico de cáncer y durante todas las fases de la experiencia del cáncer. Estamos disponibles para ayudarlo de lunes a viernes de 9 am a 9 pm (hora del Este) y de sábado a domingo de 9 am a 5 pm (hora del Este).

MyLifeLine

www.MyLifeLine.org

La comunidad privada en línea de la CSC permite a los pacientes y a los cuidadores conectarse fácilmente con amigos y familiares para recibir apoyo social, emocional y práctico a lo largo de su experiencia con el cáncer y más allá. Los foros de discusión de MyLifeLine son facilitados por un profesional licenciado y están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

Programas First Connection de Leukemia & Lymphoma Society's

www.lls.org/support/peer-to-peer-support

Un servicio gratuito de Leukemia & Lymphoma Society (LLS) que presenta a los pacientes y a sus seres queridos a un voluntario capacitado que ha pasado por una experiencia similar.

Grupo de Facebook de Pacientes y Cuidadores de Pacientes CAR T

www.bit.ly/FBCART

Este es un grupo privado de Facebook y es el mayor grupo online de cuidadores y pacientes CAR T. Sirve como espacio para discutir historias de familiares y pacientes de terapias con células CAR T, encontrar apoyo y compartir información.

Imerman Angels

www.imermanangels.org/

Ofrece apoyo personalizado y gratuito a los que luchan contra el cáncer, sobrevivientes y cuidadores. A través de su proceso único de asignación, asocian a las personas que buscan apoyo a través de su experiencia con cáncer con un “Ángel Mentor”.

ImmunoCommunity del Instituto de Investigación del Cáncer

www.cancerresearch.org/patients/immunocommunity

Lea historias de inspiración reales y lecciones aprendidas, o póngase en contacto directamente con “ImmunoAdvocates” sobre su experiencia con el tratamiento de inmunoterapia, incluyendo CAR T.

APOYO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

El programa “*Open to Options*” del CSC le puede ayudar a pensar en las preguntas que debe hacer a su equipo CAR T para estar seguro de que la terapia CAR T es la opción correcta para usted. Nuestros especialistas capacitados pueden ayudarle a crear una lista de preguntas para compartir con su equipo CAR T. Pida una cita llamando a la línea de ayuda de la CSC al 844-792-6517 o visitando una CSC o Gilda’s Club local. Encuentre el lugar más cercano a usted www.CancerSupportCommunity.org/FindLocation.

ASISTENCIA EN PERSONA

Es posible que usted y su cuidador quieran ver si hay una Cancer Support Community (CSC) local, Gilda’s Club u otro grupo de apoyo al cáncer/centro de bienestar cerca de donde usted vive y/o donde recibirá la terapia con células CAR T. Aprovechar los grupos de apoyo, las clases de bienestar y otras maneras de conseguir una comunidad de apoyo será muy útil para reducir el estrés y la ansiedad mientras espera y una vez que esté pasando por el proceso. Hay mucha fuerza en la comunidad.

Llame al 844-792-6517 o visite www.CancerSupportCommunity.org/FindLocation.

La Leukemia & Lymphoma Society también puede tener grupos de apoyo en persona cerca de donde vive y/o donde recibirá terapia de células CAR T.

Llame al 800-955-4572 o visite www.lls.org/support-groups.

RECURSOS PARA CUIDADORES

Pregunte a su equipo médico y al equipo de CAR T por otros recursos para recibir apoyo social, emocional, físico y práctico que usted y su cuidador necesitan ahora y que necesitarán durante el proceso de terapia CAR T.

Cancer Support Community

- Educación, recursos y herramientas del programa *Frankly Speaking About Cancer: Caregivers*: www.CancerSupportCommunity.org/caregivers
- Foro de discusión en línea sobre terapia CAR T en la comunidad de MyLifeLine www.MyLifeLine.org
- Línea de atención al cáncer: 844-792-6517

Infonet de Trasplante de Sangre y Médula Ósea (TMO)

- Programa Caring Connections www.bmtinfonet.org/get-help • 888-597-7674
- Recursos sobre el papel del cuidador familiar:
www.bmtinfonet.org/transplant-article/role-family-caregiver

CancerCare

- Recursos para el cuidado de pacientes: www.cancercare.org/caregiving

Caregiver Action Network

- Recursos, educación y apoyo: www.caregiveraction.org
- Centro de ayuda para cuidadores: 855-227-3640

Ayuda para Cuidadores de Pacientes de Cáncer

- Cómo hacer una guía de cuidador personal: www.helpforcancercaregivers.org

Leukemia and Lymphoma Society

- Educación, recursos y herramientas: www.lls.org/caregiver-support • 800-955-4572
- Comunidad LLS: www.communityview.lls.org

Lymphoma Research Foundation

- Recursos para pacientes y cuidadores: www.lymphoma.org
- Línea de ayuda de LRF: 800-500-9976

RECURSOS FINANCIEROS Y DE EMPLEO

Triage Cancer

<https://tragecancer.org/> • 424-258-4628

Formación gratuita sobre los temas prácticos y jurídicos que surgen tras un diagnóstico de cáncer

Cancer and Careers

www.cancerandcareers.org/en

Empodera y educa a las personas con cáncer para que prosperen en su lugar de trabajo

Patient Advocate Foundation

800-532-5274 • www.patientadvocate.org

Ofrece un directorio nacional de recursos financieros para ayudarle a encontrar recursos nacionales y regionales para transporte, alojamiento y ayuda financiera

Recursos para ensayos clínicos

Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) son una agencia federal que cuenta con una gran base de datos de ensayos clínicos. Visite www.clinicaltrials.gov para encontrar estudios en Estados Unidos y a nivel internacional.

Hay muchas organizaciones que pueden ayudarle a obtener más información sobre ensayos clínicos o pueden ponerle en contacto con un asesor de pacientes para que le ayude a buscar un ensayo clínico de CAR T.

Algunas organizaciones ofrecen asesores de ensayos clínicos gratuitos que pueden ayudarlo a buscar un ensayo clínico de terapia CAR T.

Cancer Support Community

- Educación, recursos y herramientas del programa *Frankly Speaking About Cancer: Clinical Trials*: www.CancerSupportCommunity.org/ClinicalTrials
- Cancer Support Helpline: 844-792-6517

National Cancer Institute (NCI)

- Herramienta de búsqueda en línea para ensayos clínicos: www.cancer.gov/clinicaltrials
800-4-CANCER (800-422-6237)

American Cancer Society

- Información sobre ensayos clínicos: www.cancer.org/clinicaltrials
- Línea de ayuda para el cáncer: 800-227-2345

Leukemia & Lymphoma Society

- Centro de apoyo para ensayos clínicos: www.lls.org/clinicaltrials • 800-955-4572

Lymphoma Research Foundation

- Servicio de información sobre ensayos clínicos:
<https://lymphoma.org/resources/supportservices/ctis/> • 800-500-9976

Centro de Información y Estudio sobre Participación en Investigación Clínica (CISCRP)

- Herramienta en línea para buscar ensayos clínicos: www.ciscrp.org • 877-MED HERO

CenterWatch

- Herramienta en línea para buscar ensayos clínicos: www.centerwatch.com/clinical-trials/
617-856-5900

Cancer Research Institute

- Buscador de ensayos clínicos de inmunoterapia contra el cáncer:
www.cancerresearch.org/clinical-trials • 855-216-0127

Mantenimiento de registros

La siguiente sección contiene herramientas que le ayudarán a hacer un seguimiento de sus citas, tratamientos y un lugar para anotar sus ideas y preguntas. Hable abiertamente con su equipo de tratamiento sobre lo que está experimentando. Pueden trabajar con usted para ayudarle a resolver sus problemas físicos, emocionales y prácticos.

Si necesita más copias de cualquiera de las páginas de mantenimiento de registros, siempre puede dirigirse a [**www.CancerSupportCommunity.org/CARTGuide**](http://www.CancerSupportCommunity.org/CARTGuide) para acceder a la versión digital de esta guía e imprimir copias de las páginas necesarias.



SU PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA (Incluyendo Medicare / Medicaid)

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

SU PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA (Incluyendo Medicare / Medicaid)

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

ID de afiliado _____ Número de grupo _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

SUS FARMACIAS (En casa y cerca del centro CAR T)

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

SUS FARMACIAS (En casa y cerca del centro CAR T)

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web _____

AGENCIAS Y ORGANIZACIONES

Incluya enfermeras visitantes/agencias atención médica domiciliaria, organizaciones de apoyo y servicios de transporte.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

AGENCIAS Y ORGANIZACIONES

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Sitio web _____

Notas _____

OTROS CONTACTOS IMPORTANTES

Incluya familiares y amigos, vecinos, compañeros de trabajo, clérigos, etc.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

OTROS CONTACTOS IMPORTANTES

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

OTROS CONTACTOS IMPORTANTES

Incluya familiares y amigos, vecinos, compañeros de trabajo, clérigos, etc.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

RECURSOS (Para apoyo, transporte, logística, cuidadores, etc.)

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

RECURSOS (Para apoyo, transporte, logística, cuidadores, etc.)

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cargo _____

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

CALENDARIO

Mes _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES

CALENDARIO

Mes _____

JUEVES	VIERNES	SÁBADO/DOMINGO	

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

NOTAS DE CITAS

Fecha/hora _____

Cita con _____

Preguntas para hacer

Notas

Seguimiento / Pasos a seguir

REGISTRO DE TRATAMIENTO

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

REGISTRO DE TRATAMIENTO

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

REGISTRO DE TRATAMIENTO

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

REGISTRO DE TRATAMIENTO

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

Nombre del tratamiento	
Fecha de inicio	Comentarios
Fecha de finalización	
No. de tratamientos/ciclos	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento Depakote	Prescrito para migrañas
Fecha de inicio 1/5	Prescrito por Dr. Smith
Fecha de suspensión 1/26	Efectos secundarios Náuseas
Horario de dosis ☒ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

Nombre del medicamento	Prescrito para
Fecha de inicio	Prescrito por
Fecha de suspensión	Efectos secundarios
Horario de dosis ☐ am ☐ mediodía ☐ pm ☐ hora de dormir ☐ a necesidad	
Posología e instrucciones especiales	

REGISTRO DE PRUEBAS

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

REGISTRO DE PRUEBAS

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

REGISTRO DE PRUEBAS

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

REGISTRO DE PRUEBAS

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

Nombre de la prueba	Fecha
Notas	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Este registro puede ayudarle a anotar y reportar los efectos secundarios para discutirlos con su equipo de atención médica. Pregunte a su médico sobre los efectos secundarios a los que debe prestar atención o informar de inmediato. Conozca el mejor número al que llamar si experimenta efectos secundarios urgentes. Tome notas detalladas que describan cómo se sintió, la gravedad del síntoma, cualquier otro síntoma que haya ocurrido al mismo tiempo, lo que estaba haciendo cuando comenzó el síntoma y lo que hizo que le ayudó o no le ayudó.

Efecto secundario Náuseas	
Fecha/hora 5 de Marzo, 10 pm	Notas Se alivió acostándome por 10 minutos
Fecha/hora 6 de Marzo, 9 am	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	

Efecto secundario	
Fecha/hora	Notas
Fecha/hora	
Fecha/hora	