



LA MIA DIAGNOSE

Nome dell'**oncologo** curante: _____

Numero di telefono: _____ E-mail: _____

Nome dell'**infermiere/a specializzato/a**: _____

Quanto si è diffuso il mio **tumore**? _____

Con quale velocità cresce il mio tumore? _____

Dove sono state trovate delle **metastasi**? (Spuntare tutte le caselle corrispondenti)

Cervello Ossa Sistema linfatico Fegato Polmone Altro

Manifesterò **sintomi** dovuti al **tumore**?

Quali analisi vengono effettuate e per quanto tempo dureranno?

Di che **tipo di carcinoma mammario** soffro? (Spuntare tutte le caselle corrispondenti)

Positivo ai recettori degli ormoni Negativo ai recettori degli ormoni

HER2-positivo HER2-negativo

Triplo negativo

Cosa significa questo per la mia terapia?

Ha già trattato questo tipo di **tumore**?

Pensa che debba avere maggiori informazioni su questo tumore?



LA MIA TERAPIA

Quali medicinali assumerò? _____

Quali sono i possibili **effetti collaterali**? _____

C'è qualcosa che posso mangiare o bere prima e dopo il trattamento per attenuare **vertigini**, **diarrea** o altri **effetti collaterali**?

Che cosa posso fare per affrontare la stanchezza causata dal tumore o dal trattamento?

Ho paura della **perdita dei capelli**. C'è qualcosa che posso fare per impedirla?

Con quale frequenza e dove si svolge la **terapia**?

Avrò bisogno di infusioni endovenose?

Quanto sarà il tempo occorrente da preventivare?

Quando e come controlla la mia progressione?

Dovrò sottopormi alla **radioterapia** o a un **intervento chirurgico**?

Cosa devo sapere e prendere in considerazione quando prendo parte a uno **studio clinico**?



I MIEI SENTIMENTI

Chi mi può aiutare in questo studio medico o **clinica**, se manifesto **stati d'ansia** o **depressione**?

C'è un **psico-oncologo** o un **consulente** con esperienza nel trattamento del tumore al seno che mi può aiutare?

Nome: _____ Numero di telefono: _____

Nome: _____ Numero di telefono: _____

Nome: _____ Numero di telefono: _____

Nome: _____ Numero di telefono: _____

Posso avere il nominativo di un collaboratore di un servizio di sostegno che lavora con pazienti affette da **mBC***?

Quali **gruppi di autoaiuto** per donne con **mBC** sono presenti in questa regione?

Dove posso entrare in contatto con altre donne affette da **mBC**?

Ci sono **consulenti** che mi possono aiutare a dialogare con la mia famiglia?

Queste prestazioni vengono coperte dalla mia **cassa malati**?

* «mBC» sta per «metastatic Breast Cancer» (tumore al seno metastatico).



LA MIA SALUTE

Io mi preoccupo della mia alimentazione. Avete un **dietista** che lavora con pazienti che assumono medicinali antitumorali e sono trattate con **chemioterapia**?

Nome: _____ Numero di telefono: _____

C'è qualcosa che posso fare per aumentare le forze o sentirmi meno debole?

Potete raccomandarmi terapie **complementari** o centri specializzati che lavorano con pazienti oncologici?

Quali **terapisti complementari** lavorano con la vostra clinica o il vostro studio medico?



LA MIA FAMIGLIA E I MIEI AMICI

Mi potete suggerire il modo migliore per comunicare la mia **diagnosi** ad altri?

Mi potete indirizzare da uno psicologo dell'infanzia dotato di esperienza sul modo di affrontare in ambito familiare le **malattie in fase terminale**?

Nome: _____ Numero di telefono: _____

Mi potete mettere a disposizione materiale informativo od opuscoli sull'importanza della **diagnosi** per la mia famiglia?

Il trattamento comprometterà la mia **vita sessuale**?



IL MIO LAVORO

Per quanto tempo potrò prevedibilmente **lavorare durante il trattamento**?

Quando saprò se rispondo al **trattamento**? Dopo la prima terapia o più tardi?

Ci saranno momenti in cui mi sentirò così forte da poter lavorare, volendolo?

Come gestiscono abitualmente il **lavoro** le persone nella mia situazione?

APPUNTI

Cosa ho imparato?

Cosa è importante per me?

Quali domande sono rimaste aperte?
