

DIARIO PAZIENTE



con il supporto educazionale di



Bristol-Myers Squibb

A cosa serve un diario terapeutico

Uno strumento utile per aiutare i pazienti affetti da LMC e i loro familiari nella gestione del trattamento è la compilazione di un diario terapeutico, dove annotare giornalmente le somministrazioni del farmaco, gli eventuali eventi avversi e qualunque cambiamento che intervenga nello stato di salute. L'aggiornamento regolare del diario aiuta infatti a tenere conto delle assunzioni del farmaco, aumentando la compliance alla terapia, e a identificare precocemente l'insorgenza di eventuali effetti collaterali, che potranno essere correttamente riferiti al medico e gestiti con il minore impatto possibile sulla prosecuzione del trattamento.

DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

ALTRO RECAPITO E/O PERSONA DI RIFERIMENTO IN CASO DI NECESSITÀ

Nome e Cognome _____

Telefono _____

INFORMAZIONI IMPORTANTI SUL PAZIENTE

Età _____ Sesso M F

Altezza _____ Peso _____

Altre informazioni utili _____

OSPEDALE E MEDICO CURANTE

Istituto _____

Indirizzo _____

Dottore _____

Telefono _____

Settimana dal ____ al ____

Peso corporeo: _____

Diario		Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Orario assunzione farmaco (inibitore):	Dasatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Imatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Nilotinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Altri farmaci assunti:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Nausea		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️
Vomito		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️
Diarrea		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altri sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Stanchezza		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Tosse e sintomatologia respiratoria		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Gonfiore alle gambe		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sanguinamenti		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sede:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Eruzioni cutanee		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altro:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Appuntamenti col medico previsti in settimana: _____

Domande da porre al medico: _____

Settimana dal ____ al ____

Peso corporeo: _____

Diario		Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Orario assunzione farmaco (inibitore):	Dasatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Imatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Nilotinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Altri farmaci assunti:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Nausea		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️
Vomito		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️
Diarrea		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altri sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Stanchezza		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Tosse e sintomatologia respiratoria		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Gonfiore alle gambe		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sanguinamenti		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sede:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Eruzioni cutanee		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altro:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Appuntamenti col medico previsti in settimana: _____

Domande da porre al medico: _____

Settimana dal ____ al ____

Peso corporeo: _____

Diario		Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Orario assunzione farmaco (inibitore):	Dasatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Imatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Nilotinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Altri farmaci assunti:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Nausea		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️
Vomito		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️
Diarrea		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altri sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Stanchezza		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Tosse e sintomatologia respiratoria		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Gonfiore alle gambe		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sanguinamenti		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sede:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Eruzioni cutanee		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altro:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Appuntamenti col medico previsti in settimana: _____

Domande da porre al medico: _____

Settimana dal ____ al ____

Peso corporeo: _____

Diario		Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Orario assunzione farmaco (inibitore):	Dasatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Imatinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Nilotinib	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Altri farmaci assunti:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Nausea		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> severa ☹️
Vomito		<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️	<input type="checkbox"/> no 😊 <input type="checkbox"/> 1-2 episodi <input type="checkbox"/> >2 episodi ☹️
Diarrea		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altri sintomi:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Stanchezza		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Tosse e sintomatologia respiratoria		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Gonfiore alle gambe		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sanguinamenti		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Sede:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Eruzioni cutanee		<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊	<input type="checkbox"/> sì ☹️ <input type="checkbox"/> no 😊
Altro:		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Appuntamenti col medico previsti in settimana: _____

Domande da porre al medico: _____

Referenze

- Cervantes F, et al. Practical management of patients with chronic myeloid leukemia. Cancer 2011 Mar 16, Epub ahead of print.
- Noens L, et al. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. Blood 2009;113:5401-11.
- van Berge Henegouwen MT, et al. A patient diary as a tool to improve medicine compliance. Pharm World Sci 1999;21:21-4.