NASILENIE OBJAWU:

0	1	2	3	4	5
brak objawu - nic się nie dzieje niepokojącego	**bardzo mały objaw** - nieznaczne natężenie	**mały objaw** - mała niedogodność	**średni objaw** - trochę mi dokucza	**mocny objaw** - utrudnia mi dzień	**bardzo silny objaw** - duża zmiana, bardzo męcząca

CYKL: . . . . . .

PRZYJMOWANE LEKI: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Terapia: **IMMUNOTERAPIA**

Wpisz przy pomocy skali od 0 do 5 jakie odczuwasz nasilenie objawów:

OBJAWY:	**DATA:**																													
zespół zmęczenia nowotworowego																														
dreszcze																														
gorączka																														
toksyczność skórna																														
toksyczność wątrobowa																														
zaburzenia hormonalne																														
luźne stolce																														
biegunki																														
cukrzyca																														
zapalenie trzustki																														
inne dolegliwości																														
przewodu pokarmowego																														
.....																														
.....																														
.....																														