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: **RADIOTERAPIA**

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

OBJAWY:	**DATA:**																													
zaczerwienienie																														
swędzenie skóry																														
złuszczanie naskórka																														
przebarwienie skóry																														
pajączki naczyniowe na skórze																														
pieczenie w przełyku																														
trudności przy przełykaniu																														
suchy kaszel																														
duszności																														
ból w klatce piersiowej																														
niewydolność oddechowa																														
zapalenie płuc																														
przemijające osłabienie																														
zmęczenie																														
senność																														
zwłóknienie płuc																														
duszność wysiłkowa																														
duszność spoczynkowa																														
zmiany w mięśniu sercowym																														
złamania kości																														
.....																														
.....																														