NASILENIE OBJAWU:

0 **brak objawu**
- nic się nie dzieje niepokojącego

1 **bardzo mały objaw**
- nieznaczne natężenie

2 **mały objaw**
- mała niedogodność

3 **średni objaw**
- trochę mi dokucza

4 **mocny objaw**
- utrudnia mi dzień

5 **bardzo silny objaw**
- duża zmiana, bardzo męcząca

CYKL: . . . . . .

PRZYJMOWANE LEKI: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Terapia: **TERAPIA CELOWANA**

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

OBJAWY:	**DATA:**																														
wysypka																															
trądzikopodobne zmiany skórne																															
wybroczyny, owrzodzenia na skórze																															
zmiany na błonach śluzowych (pleśniawki, owrzodzenia)																															
zaczerwienienie skóry																															
nadmierna suchość skóry																															
zmiany w płytce paznokciowej																															
zmiany okołopaznokciowe																															
blaknięcie skóry																															
wypadanie włosów																															
świąd																															
zapalenie mieszków włosowych																															
przebarwienia skórne																															
pajączki naczyniowe na skórze																															
toksyczność skórna																															
biegunki																															
krew w stolcu																															
silne bóle brzucha																															
temperatura powyżej 38˚C																															
przedłużające się i obfite krwawienia																															
suchy, męczący kaszel, duszności																															
nagły ból																															
zaburzenia świadomości, przytomności i pamięci																															
brak apetytu i spadek masy ciała																															
zatrzymanie oddawania moczu																															
.....																															