



Mein Therapiepass



mCRC-Behandlungs- und Nachsorge-Begleiter

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir können keine Wunder vollbringen, aber wir versprechen Ihnen, dass wir gemeinsam mit unserem Team unser Bestes für Sie geben und versuchen werden, Ihre Krankheit in den Griff zu bekommen.

Dieser Therapiepass wird Sie während Ihrer Behandlung sowie in den ersten Monaten danach begleiten. Sie haben die Möglichkeit hier alle für Sie relevanten Informationen zu sammeln. Bitte schreiben Sie auch Ihre Fragen und Gedanken, Ihre Erfolgstage und die nicht so gut gelaufenen Tage auf – damit wir bei unserem nächsten Untersuchungstermin die Themen besprechen können und nichts in Vergessenheit gerät.

Wir freuen uns auf einen gemeinsamen Weg!

Patientendaten (Patientenetikett)

Vorname/Name

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Adresse

Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Telefon

E-Mail

Adresse

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Regelmäßige Medikamente

.....

.....

.....

.....

.....

Allergien

.....

.....

.....

.....

.....

Operationen

Datum

Chirurgische Maßnahme

.....

.....

.....

Strahlentherapie

Datum

Anmerkungen

.....

.....

.....

Diagnose

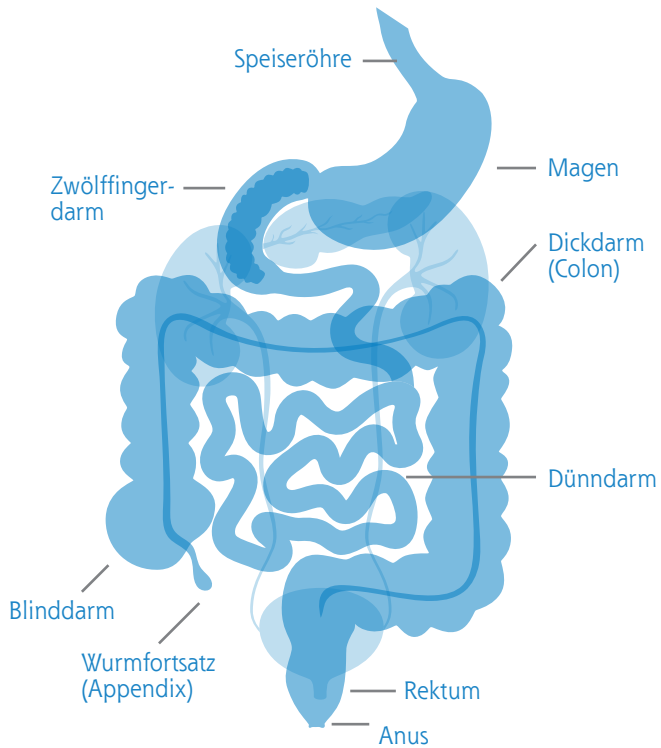
Datum der Erstdiagnose

Nebendiagnose

- ☐ Arterielle Hypertonie
- ☐ Hypercholesterinämie
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Koronare Herzerkrankung
- ☐ chronische Niereninsuffizienz
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Osteoporose
- ☐ Nikotinabusus
- ☐ Hypertriglyceridämie
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion

Anmerkungen

Tumorlokalisation



Anmerkungen

Behandelnde Onkologen / Ärzte

Name

Telefon

Name

Telefon

Name

Telefon

Name

Telefon

Hausarzt

Name

Telefon

E-Mail

Adresse

.....

Hilfreiche Adressen (Physiotherapie, Apotheke, ...)

Selbsthilfegruppe Darmkrebs

Telefon 01 / 714 71 39

E-Mail info@selbsthilfe-darmkrebs.at

Webseite www.selbsthilfe-darmkrebs.at

Kontaktperson Frau Helga Thurnher

Chemotherapie-Gabe I

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet (bitte ankreuzen und ausfüllen)

- ☐ **Fieber** (Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!)
wann
- ☐ **Durchfall**
wann/Behandlung
- ☐ **Müdigkeit**
wann/Behandlung
- ☐ **Hauttrockenheit**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **Hautrötungen/-ausschlag**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **Juckreiz**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **Veränderung Nägel**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **Hautrisse**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **Veränderung Tastsinn**
wann & wo/Behandlung
- ☐ **trockene Mundschleimhaut**
wann & wo/Behandlung

Chemotherapie-Gabe 2

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 3

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 4

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 5

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 6

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 7

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Chemotherapie-Gabe 8

Datum

☐ ambulant ☐ stationär

Medikation

.....

.....

Orale Antibiotika-Prophylaxe ☐ nein ☐ ja

Name des Antibiotikums

.....

Meine Anmerkungen/Fragen

.....

.....

.....

.....

Folgende Nebenwirkungen habe ich beobachtet

Fieber

☐ nein ☐ ja

wann?

Bei Fieber kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt!

Durchfall

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Müdigkeit

☐ nein ☐ ja

wann?

Behandlung

Hauttrockenheit

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrötungen/Hautausschlag

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Juckreiz

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Nägel/ Nagelbett

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Hautrisse

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Veränderungen Tastsinn

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Trockene Mundschleimhaut

☐ nein ☐ ja

wo & wann?

Behandlung

Meine Fragen zur Nachsorge

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....
.....

Befund

.....
.....

Untersuchungen

.....
.....

Befund

.....
.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Nachsorgeuntersuchungen

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Untersuchungen

.....

.....

Befund

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Datum / Stempel / Unterschrift

Nächster Termin

Meine Fragen zur Reha

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rehabilitation

Von/bis

Datum / Stempel

Von/bis

Datum / Stempel

Anmerkungen

Anmerkungen

Hautpflege von Anfang an!

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen möglicherweise eine hochwirksame antiEGFR-Therapie verschrieben. Diese Therapie kann Hautnebenwirkungen verursachen. In vielen Fällen ist das Auftreten von Hautnebenwirkungen ein Zeichen, dass Ihre Therapie wirkt. Durch eine regelmäßige Hautpflege und konsequenten Hautschutz können Sie ab dem ersten Behandlungstag aktiv zur Vermeidung oder Reduktion von Hautreaktionen beitragen!

Allgemeine Empfehlungen ab Beginn einer Anti-EGFR-Therapie*

Reinigung

- waschen mit lauwarmem Wasser
- Verwendung von pH5,5-neutralen Bade-/Duschölen

Konsequenter Lichtschutz

- Tagescreme mit LSF ≥ 25 , UVA/UVB-Schutz – mindestens 30 Minuten vorher anwenden
- entsprechende Kleidung, ggf. Kopfbedeckung

Hautpflege

regelmäßig und konsequent (morgens und abends, insbesondere nach dem Waschen/Duschen)

• Gesicht

Tagescreme (parfümfrei, schnell einziehend, nicht fettend)

• Körper

Körperlotion rückfettend mit 5-10% Urea

* Hofheinz RD et al. *The Oncologist* 2016; 21: 1483-1491.

Vermeiden Sie Folgendes*



Starkes Rubbeln
mit dem Handtuch



Heißes Föhnen
der Haare



Rasieren
(Mikrotraumatisierung)



Direkte
Sonneneinstrahlung



Hitze und Feuchtigkeit
(z.B. Sauna oder Solarium)



Manipulation der Haut (Steigerung der
Infektgefahr, Narbenbildung)



Tragen synthetischer
Kleidung



Zu enges
Schuhwerk



Direkten Hautkontakt mit Lösungsmittel
(Azeton, Alkohol, Terpentinöl), Reinigungs-
mittel, Detergenzien oder Poliermittel

Meine Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Impressum

©2020 Amgen GmbH
Franz Josefs Kai 47
1010 Wien



Onkologie