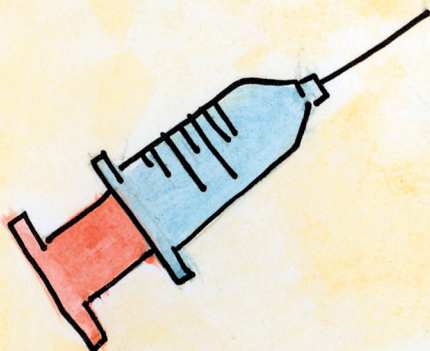
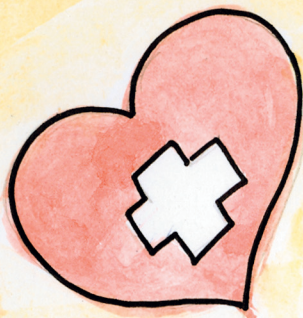




Agenda de tratamento

Agenda de tratamento

Para que serve esta Agenda?

Durante o tratamento você terá um grande desafio. Terá que organizar todas as orientações que receber do seu médico e as informações sobre as datas de consultas, exames e horários das medicações.

Isso pode ser muito difícil, principalmente nas primeiras semanas após o transplante.

Por isso achamos que esta agenda será útil para a sua organização.



Meus Dados

Nome:		
Telefone:		
Data de nascimento:	Peso:	Altura:
Alergias:		
Nome do seu acompanhante:		
Telefone do seu acompanhante:		
Hospital:		
Telefone de emergência:		
Telefone do ambulatório:		
Telefones para o transporte durante a semana (ambulância, táxi etc.):		
Telefones para o transporte à noite ou fins de semana (ambulância, táxi etc.):		

Equipe de profissionais do Centro de Transplante

	Nome	Telefone
Médico(a)		
Enfermeiro(a)		
Assistente Social		
Nutricionista		
Psicólogo(a)		

Minhas Consultas

Prepare-se para o dia da consulta.

- Observe todos os sintomas e alterações que aconteceram no intervalo entre as consultas e anote-os na agenda (faça cada registro assim que possível). O médico precisa saber de todos os detalhes: quando o sintoma teve início, em que lugar do seu corpo ele apareceu, com que frequência e intensidade, e se vem acompanhado de outro sintoma.
- Aproveite a agenda para escrever tudo o que pode ser importante para o tratamento, toda e qualquer dúvida. É frequente o paciente perceber que esqueceu de perguntar se podia fazer alguma coisa, depois de sair da consulta.
- Confira se realizou todos os exames solicitados pelo seu médico.
- Organize todos os papéis (exames, receitas, notas) em uma pasta.
- Você poderá precisar de relatórios médicos (para INSS, escola, trabalho, convênio médico, entre outros), anote as suas necessidades e avise o médico no início da consulta.
- Anote os sintomas mais importantes que você observar e fale com o seu médico a respeito deles, durante as consultas.



Utilize a tabela como modelo.

Consulta dia: ____/____

Exemplo das anotações dos sintomas que foram observados		
Febre	() Não () Sim	Temperatura:
Dor	() Não () Sim	Onde?
Tosse	() Não () Sim	Catarro?
Falta de ar	() Não () Sim	Quando?
Manchas na pele	() Não () Sim	Onde e quando apareceram?
Sangramentos	() Não () Sim	Onde e quando apareceram?
Alteração da visão	() Não () Sim	Descreva
Alteração da fala	() Não () Sim	Descreva
Alteração intestinal	() Não () Sim	Quando. Descreva
Alteração da urina	() Não () Sim	Quando. Mudanças de quantidade e cor
Alteração do apetite	() Não () Sim	Quando. Redução ou aumento
Náusea e vômito	() Não () Sim	Quantas vezes. Descreva
Outros sintomas		

Orientações recebidas na consulta
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Consulta dia: ____/____/____

Anotações dos meus sintomas*	
Sintomas	Descreva os detalhes (onde, quando, frequência)

Orientações recebidas na consulta*
Medicação:
Exames:
Cuidados gerais:
Data da próxima consulta:

* Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

OBSERVAÇÕES:

Meus Medicamentos

Depois de cada consulta médica, você receberá orientações sobre o uso dos remédios, que podem variar nos horários, doses ou na quantidade de dias que precisam ser tomados.

O tratamento com os remédios é de extrema importância para a sua recuperação e eles precisam ser utilizados de acordo com a orientação do seu médico.

Preencha a sua tabela de medicamentos com a enfermeira da Unidade de Transplante. Esse momento será importante para identificar as suas dúvidas e dificuldades.



Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Consulta médica dia: ____/____/____

Receita médica:

Minha tabela de medicamentos*

Nome do remédio	Dose	Horário	Para que serve?	Cuidados importantes

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

*Medicamentos da semana: de ____ / ____ até dia ____ / ____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar





***Medicamentos da semana: de** ____/____/____ **até dia** ____/____/____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

*Medicamentos da semana: de ____ / ____ até dia ____ / ____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar





***Medicamentos da semana: de** ____/____/____ **até dia** ____/____/____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

*Medicamentos da semana: de ____ / ____ até dia ____ / ____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar





***Medicamentos da semana: de** ____/____/____ **até dia** ____/____/____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

*Medicamentos da semana: de ____ / ____ até dia ____ / ____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar





***Medicamentos da semana: de** ____/____/____ **até dia** ____/____/____

	Hora	Dose	Remédio	Oral	Injeção	Colírio	Pomada	D	S	T	Q	Q	S	S
Jejum														
Manhã														
Almoço														
Tarde														
Jantar														
Ao deitar														

*Para imprimir este formulário acesse o site: www.ameo.org.br/capacitarparacurar

Datas importantes

Aqui você pode anotar os compromissos importantes.

Data	Evento importante

Contatos

Nome	Telefone	E_mail

PROJETO CAPACITAR PARA CURAR

Criação do projeto, coordenação e assessoria técnica

Adriana Seber
Carmen Vergueiro

Gestão do projeto

Wagner Fernandes

Coordenação editorial

Ivany Turíbio

Redação

Andrea Cristina da Silva

Assessoria técnica

Bruna Pedro
Juliana Francielle Marques

Consultoria nutricional

Sharon Schreiber Halaban

Ilustração

Bruna Bandeira

Revisão de texto

Eduardo Hiroshi Kobayashi

Produção editorial e gráfica

Antonio Kehl

Assessoria administrativa

Claudia Iszlaji

Agradecimentos

A Associação da Medula Óssea (AMEO) do Estado de São Paulo agradece o financiamento do Pronon e a colaboração das Casas de Apoio, dos Centros de Transplante e dos voluntários que contribuíram para a elaboração deste manual.

Casas de Apoio

Associação Casa de Emaús
Associação de Apoio à Criança com Câncer (AACC)
Associação Evangélica Beneficente David Rowe
Casa Acolhedora Vovô Antônio
Casa de Apoio Alivi
Casa de Apoio AMEO
Casa de Apoio Ignês Carvalho Montenegro – TMO I
Casa de Apoio Ignês Carvalho Montenegro – TMO II
Casa de Repouso Bom Pastor
Casa Hope
Casa Ronald McDonald Campinas
Casa Ronald McDonald Jaú
Casa Ronald McDonald São Paulo
Casa Safira
Grupo de Apoio ao Transplante de Medula Óssea (GATMO)
Instituto Ingo Hoffmann

Centros de Transplante

Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital Amaral Carvalho – Fundação Doutor Amaral Carvalho
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC USP
Hospital de Clínicas – UNICAMP
Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP USP
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC UFMG
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HC UFPR
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – HC UFRGS
Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini – Hospital Brigadeiro
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital Nossa Senhora das Graças – Instituto Pasquini
Hospital Santa Marcelina
Hospital Sírio Libanês
Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – IBCC
Instituto Nacional de Câncer – INCA
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Real Hospital Português de Beneficência – RHP

Patrocinador



Realizadores



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



