WOMEN'S CANCER AND SURGICAL CARE, P.C.

Registro de Toxicidad

Nombre: _____ Fecha inicio: _____ Ciclo: _____

Estamos interesados en conocer acerca de cualquier efecto secundario o síntomas que ocurrieran durante y después de su terapia. Por favor indique en esta hoja los síntomas que tuvo escribiendo el código (número) que mejor describa la gravedad. Así mismo, registre las fechas en las cuáles los síntomas ocurrieron. (Use la parte de atrás de esta hoja para comentarios). Por favor traiga con usted esta forma cuando regrese a nuestra clínica y muéstrela a su doctor y enfermera. Si necesita más formas se le proporcionarán con gusto. Gracias por su cooperación.

Códigos: Ninguno = **0** Leve = **1** (No se require tratamiento) Moderado = **2** (Se requiere tratamiento) Grave = **3** (Interfiere con la función) **Day**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Síntomas **Fechas**																												
FIEBRE: **0**=Nada ► **1**=98.7°<100.4° ► **2**=100.5°-104° ► **3**=>104°																												
FATIGA: **0**=Nada ► **1**=Leve, actividad normal con esfuerzo ► **2**=En cama menos del 50% del día ► **3**=Cuidado personal limitado. Sentada(o) ó en cama más del 50% del día																												
NAUSEA: **0**=Nada ► **1**=Puede comer ► **2**=Disminución de ingesta ► **3**=No ingesta																												
VÓMITO: **0**=Nada ► **1**=Sólo 1 vómito ► **2**=Vómito 2-5 veces en 24hrs ► **3**=Vómito más de 6 veces por día ► **4**=Vómito más de 10 veces por día ó necesito fluidos intravenosos																												
DOLOR DE BOCA: **0**=Nada ► **1**=Dolor ó úlceras indoloras ► **2**=Úlceras con dolor (puede comer) ► **3**=Úlceras con dolor (no puede comer) ► **4**=Necesitó soporte intravenoso																												
DIARREA: **0**=Nada ► **1**=2-3 heces más de lo normal ► **2**=4-6/al día más de lo normal ► **3**=Heces acuosas, 7-9/al día ► **4**=Heces con sangre, >10																												
ESTREÑIMIENTO: 0=Nada ► 1=No evacua por 2 días ► 2=No evacua por 2-4 días ► 3=No evacua por más de 4 días (abdomen hinchado)																												

Días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
OJOS ROJOS/ARDEN/LLOROSOS: **0**=Nada ► **1**=Leve ► **2**=Moderado ► **3**=Grave																												
DOLOR DE DEDOS DE LOS PIES: **0**=Nada ► **1**=Rojos o dolor medio ► **2**=Rojos con dolor ► **3**=Dolor/Interfiere con su función																												
ENTUMECIMIENTO/HORMIGUEO: **0**=Nada ► **1**=Leve ► **2**=Moderado ► **3**=Grave/Interfiere con la función																												
DOLOR DE MÚSCULOS: **0**=Nada ► **1**=Leve ► **2**=Moderado, require medicina ► **3**=Grave/Interfiere con su función																												
ADELGAZAMIENTO DEL CABELLO: **0**=Nada ► **1**=Caída leve del cabello ► **2**=Gran caída del cabello o pérdida total.																												
SALPULLIDO: **0**=Nada ► **1**=Erupción o enrojecimiento disperso, picazón leve ► **2**=Erupción con picazón + síntomas ► **3**=Erupción con picazón con llagas + síntomas ► **4**=Erupción con picazón, llagas abiertas + síntomas																												
ALGO DOLOROSO: _____ 0=Nada ► 1=Leve ► 2=Moderado► 3=Grave																												
OTRO:																												
OTRO:																												
OTRO:																												
DROGA / MEDICAMENTOS:																												