

Vrozená transthyretinová amyloidóza

Sledujte své příznaky a obtíže



Úvod

Proč bych měl sledovat své příznaky?

Pro lidi s dědičnou ATTR amyloidózou (také označovanou jako variantní ATTR) může být obtížné sledovat příznaky, zejména pokud se mění postupně. Průběžným zaznamenáváním svých příznaků můžete získat lepší přehled o tom, jak reagujete na léčbu i vědomí, že máte vše pod kontrolou.

Tyto informace také mohou podpořit vaši sebedůvěru při diskuzi o jakýchkoli změnách příznaků, kterých jste si vy a vaše rodina všimli od poslední návštěvy u lékaře.

Zpětná vazba od vás a vaší rodiny je pro lékaře nadmíru cenná a pomáhá mu pochopit, jak vás příznaky ovlivňují. Umožňuje mu také lépe rozhodovat o vaší léčbě.

Jaké příznaky mám sledovat?

Všechny příznaky, které zažíváte! Protože hATTR amyloidóza může ovlivnit různé části těla, je důležité zaznamenávat všechny příznaky i to, jak ovlivňují váš každodenní život. Zapisujte si jak nové, tak stávající příznaky. Nezapomeňte, že je užitečné zaznamenat nejen zlepšení, ale též to, když se příznaky nemění nebo se zhoršují.

Některé příznaky nemusí nutně souviset s amyloidózou hATTR, nicméně je užitečné si je zaznamenat a neopomenout se o nich při návštěvě u lékaře zmínit.

Jak záznamník používat?

Příznaky spojené s hATTR amyloidózou jsou uvedeny podle orgánových soustav (skupiny orgánů s určitou funkcí). Pokud nepozorujete žádné příznaky, poznamenejte si to ve spodní části stránky.

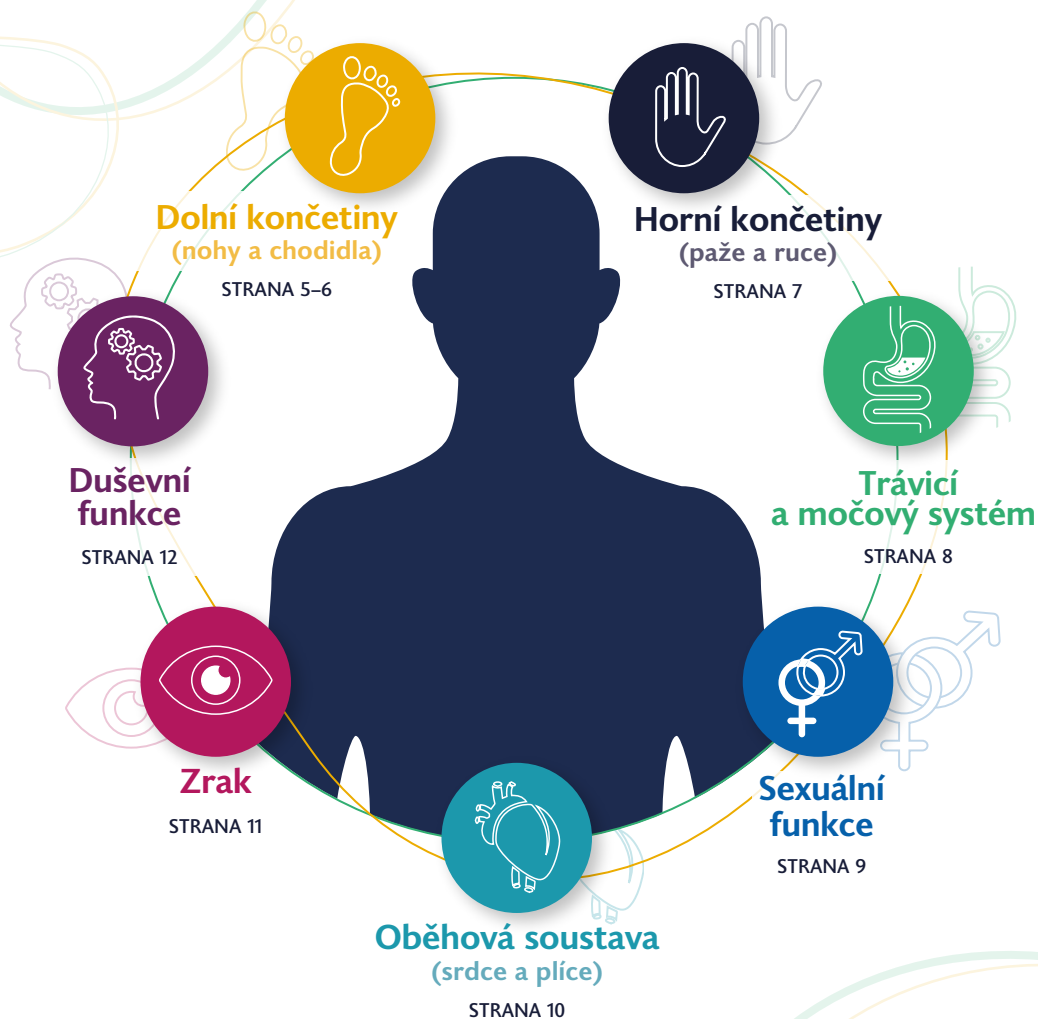
Udělejte si čas na přemýšlení a pravidelné sledování svých příznaků nebo jejich změn, zejména pokud existuje něco, co vás znepokojuje nebo obtěžuje. Může být těžké zapamatovat si podrobnosti, pokud si je včas nezaznamenáte. Může být užitečné určit si nějaký den nebo dobu, kdy si budete své poznatky zapisovat.

Pečlivě zvažujte každou otázku – všimněte si a zaznamenávejte i malé změny. Pomůže vám to rozpoznat jejich vývoj v čase a o něm pak můžete diskutovat se svým lékařem.

Jaké informace bych měl se svým lékařem sdílet?

Využívejte záznamník při rozhodování, které informace chcete se svým lékařem sdílet. Vypracujte si seznam a sestavte pořadí toho, co vás nejvíce zajímá nebo co vyvolává největší obavy. Na návštěvu u lékaře si vezměte záznamník s sebou, abyste s jeho pomocí mohli odpovědět na všechny otázky týkající se změn, ke kterým došlo od vaší předcházející návštěvy. Zvažte, zda chcete na návštěvu přivést též někoho blízkého z okruhu rodiny nebo přátel.

Sledujte své příznaky vrozené ATTR amyloidózy



Souhrnné týdenní přehledy – viz strana 13–16

Souhrnné měsíční přehledy – viz strana 17–18

Jak vyplňovat tento záznamník

Ve formuláři jsou uvedeny různé příznaky. Onemocnění hATTR amyloidózou se totiž projevuje rozdílně podle genetické varianty. Příznaky se tedy mohou u různých lidí lišit a mohou se také proměňovat v čase. Záznamy vašich prožitků pomáhají vašemu lékaři přizpůsobit léčbu vašim individuálním potřebám. Uvedený výčet příznaků je úplný a ne všechny se u vás musí vyskytnout. Příznaky jsou uváděny podle orgánových systémů: dolní končetiny (nohy a chodidla), horní končetiny (paže a ruce), trávicí a močový systém, oběhová soustava (srdce a plíce), zrak, sexuální funkce a duševní funkce. U každého ze systémů věnujte několik minut přemýšlení o tom, které z příznaků vás v uplynulém týdnu nejvíce ovlivňovaly či obtěžovaly.

Pro každý z uvedených systémů je vypracován seznam specifických příznaků, ve kterém můžete zapsat jakoukoli změnu, kterou jste zaznamenali. Kromě toho je zde část, ve které můžete uvést v jaké míře příznaky ovlivnily váš každodenní život. Zkuste si připravit poznámky ke konkrétním otázkám nebo problémům, o kterých chcete s lékařem hovořit. Tyto poznámky si můžete zapsat do poznámkového rámečku na příslušné stránce záznamníku.

Dolní končetiny (nohy a chodidla)



Jaké mám specifické příznaky v oblasti dolních končetin?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťujte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|------------|---|---|---|---|-------|---|-----|---|---|----|----|----|
| Znecitlivění/zmrtvení nebo změna citlivosti v nohách/chodidlech | Lepší | | | | X | | X | X | | | | | X |
| | Beze změny | X | | X | | X | | | | X | X | X | |
| | Horší | | X | | | | | | X | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | Levá | | | | | Pravá | X | Obě | | | | | |

Jak příznaky ovlivnily moje každodenní aktivity?

Prosím uveďte, které příznaky ovlivňují následující aktivity:

Schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně zájmových a odpočinkových aktivit

Např.: Moje schopnost provádět každodenní činnosti se tento měsíc mírně zlepšila. Podařilo se mi bez větších problémů zvládnout všechny své obvyklé aktivity, jako úklid, nakupování a další.

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Např.: Minulý týden jsem chodil po zahradě a ošklivě jsem spadnul a uvědomil jsem si, že cítím větší nejistotu v nohách.

Dolní končetiny (nohy a chodidla)



Jaké mám specifické příznaky v oblasti **dolních končetin**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťujte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---|---|---|---|----|----|----|
| Znecitlivění/zmrtvení nebo změna citlivosti v nohách/chodidlech | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Bolestivé pocity jako při píchnutí špendlíkem nebo jehlou | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Otoky chodidel, kotníků nebo nohou (z důvodů zadržování tekutiny) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Snížené pocení chodidel/nohou | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Svalové bolesti a/nebo křeče | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Oslabení nebo ochablost svalů dolních končetin | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Problémy s udržení rovnováhy nebo pocit nejistoty ve stoje a pády při chůzi | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | Pravá | <input type="checkbox"/> | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Dolní končetiny (nohy a chodidla)



Pokračování

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------------------------|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Obtíže při chůzi | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Obtíže při zvedání se ze židle/křesla | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Kožní změny na končetinách | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Horní končetiny (paže a ruce)



Jaké mám specifické příznaky v oblasti **horních končetin**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťávejte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------------|-------|--------------------------|---|-------|--------------------------|---|-----|--------------------------|---|---|----|----|----|
| Bolest a brnění v zápěstí, rukou nebo prstech | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | | Pravá | <input type="checkbox"/> | | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Bolest a změna nebo ztráta citlivosti v rukou nebo horní končetině | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | | Pravá | <input type="checkbox"/> | | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Snížené pocení (ruce, podpaždí) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | | Pravá | <input type="checkbox"/> | | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Oslabení rukou nebo horní končetiny (např. obtíže při otevírání sklenice nebo plastové lahve) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | | Pravá | <input type="checkbox"/> | | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Obtíže s udržením předmětů nebo používáním prstů (zapínání knoflíků na oděvu, psaní, sbírání mincí ze stolu) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Prosím uveďte, která končetina je postižena: | | Levá | <input type="checkbox"/> | | Pravá | <input type="checkbox"/> | | Obě | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Trávicí a močový systém



Jaké mám specifické **zažívací nebo močové** příznaky/obtíže?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťtejte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Sucho v ústech | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Obtíže při polykání | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nevolnost nebo zvracení nebo bolesti břicha | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Průjem | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nutkání nebo samovolný odchod stolice a plynů | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Zácpa | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nechutenství, brzký pocit plnosti po jídle | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nevysvětlitelný úbytek tělesné hmotnosti | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Trávicí a močový systém



Pokračování

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-------------------------------|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Obtížné (časté) močení | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Neudržení moči (inkontinence) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Infekce močových cest | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Sexuální funkce



Jaké mám specifické poruchy **sexuálních funkcí**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťujte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------------------|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Snížený sexuální zájem (apetence) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Porucha ztopoření (erektce) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Porucha vyvrcholení (ejakulace) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Oběhová soustava (srdce a plíce)



Jaké mám specifické poruchy **oběhové soustavy**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrtnějte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Závrať, pocit na omdlení nebo malátnost při vstávání | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nepříjemný pocit tlaku na hrudi nebo sevření hrudníku | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Bušení srdce, nepravidelný tlukot srdce nebo jeho náhlé změny | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Pocit dušnosti nebo únavy | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Otoky chodidel, kotníků nebo nohou (z důvodů zadržování tekutiny) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Výrazné změny kondice (chůze na delší vzdálenost, zvedání těžkých předmětů, chůze do schodů, sportování) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Zrak



Jaké mám specifické **zrakové obtíže**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrtnějte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

Pamatujte, že pro sledování změn zraku, které mohou, ale nemusí souviset s hATTR, jsou vhodné pravidelné kontroly zraku u očního lékaře nebo optika.

Týden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zhoršení zraku (změnil se předpis dioptrických brýlí?) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Zhoršení vidění v noci | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Tečky nebo plovoucí skvrnky v zorném poli | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Oční infekce | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Pocit tlaku nebo bolesti v oku a jeho okolí, někdy spojený s bolestí hlavy | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Duševní funkce



Jaké mám specifické příznaky ovlivňující moje **duševní funkce**?

V příslušném políčku pro každý týden zaškrtněte „x“, zda se vaše příznaky ve srovnání s předcházejícím týdnem **zlepšily**, **zhoršily** nebo **nezměnily** (nezaškrťávejte u těch příznaků, které se u vás nevyskytly).

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Porucha soustředění nebo pozornosti | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Porucha paměti nebo zapomětlivost | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Pocit úzkosti | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Pocit deprese | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Poruchy spánku nebo nespavost | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Pocit únavy nebo vyčerpání | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Týdenní souhrn

Jak moje příznaky ovlivňují moje každodenní činnosti?

Prosím uveďte, které příznaky ovlivňují následující činnosti:

Schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně zájmových a volnočasových aktivit

Práci a zaměstnání

Náladu

Vztah s rodinou a přáteli

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Týdenní souhrn

Jak moje příznaky ovlivňují moje každodenní činnosti?

Prosím uveďte, které příznaky ovlivňují následující činnosti:

Schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně zájmových a volnočasových aktivit

Práci a zaměstnání

Náladu

Vztah s rodinou a přáteli

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Týdenní souhrn

Jak moje příznaky ovlivňují moje každodenní činnosti?

Prosím uveďte, které příznaky ovlivňují následující činnosti:

Schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně zájmových a volnočasových aktivit

Práci a zaměstnání

Náladu

Vztah s rodinou a přáteli

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Týdenní souhrn

Jak moje příznaky ovlivňují moje každodenní činnosti?

Prosím uveďte, které příznaky ovlivňují následující činnosti:

Schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně zájmových a volnočasových aktivit

Práci a zaměstnání

Náladu

Vztah s rodinou a přáteli

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Měsíční souhrn

Vyplňujte jedenkrát za měsíc

V příslušném políčku pro každý týden v daném měsíci vyznačte celkové pocity života s **hATTR amyloidózou**

| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Celkový zdravotní stav | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Celková kvalita života | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Schopnost vykonávat každodenní činnosti | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Práce a zaměstnání (schopnost vykonávat práci) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nálada | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Dopad na vztahy s rodinou a přáteli | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Měsíční souhrn

Vyplňujte jedenkrát za měsíc

V příslušném políčku pro každý týden v daném měsíci vyznačte celkové pocity života s **hATTR amyloidózou**

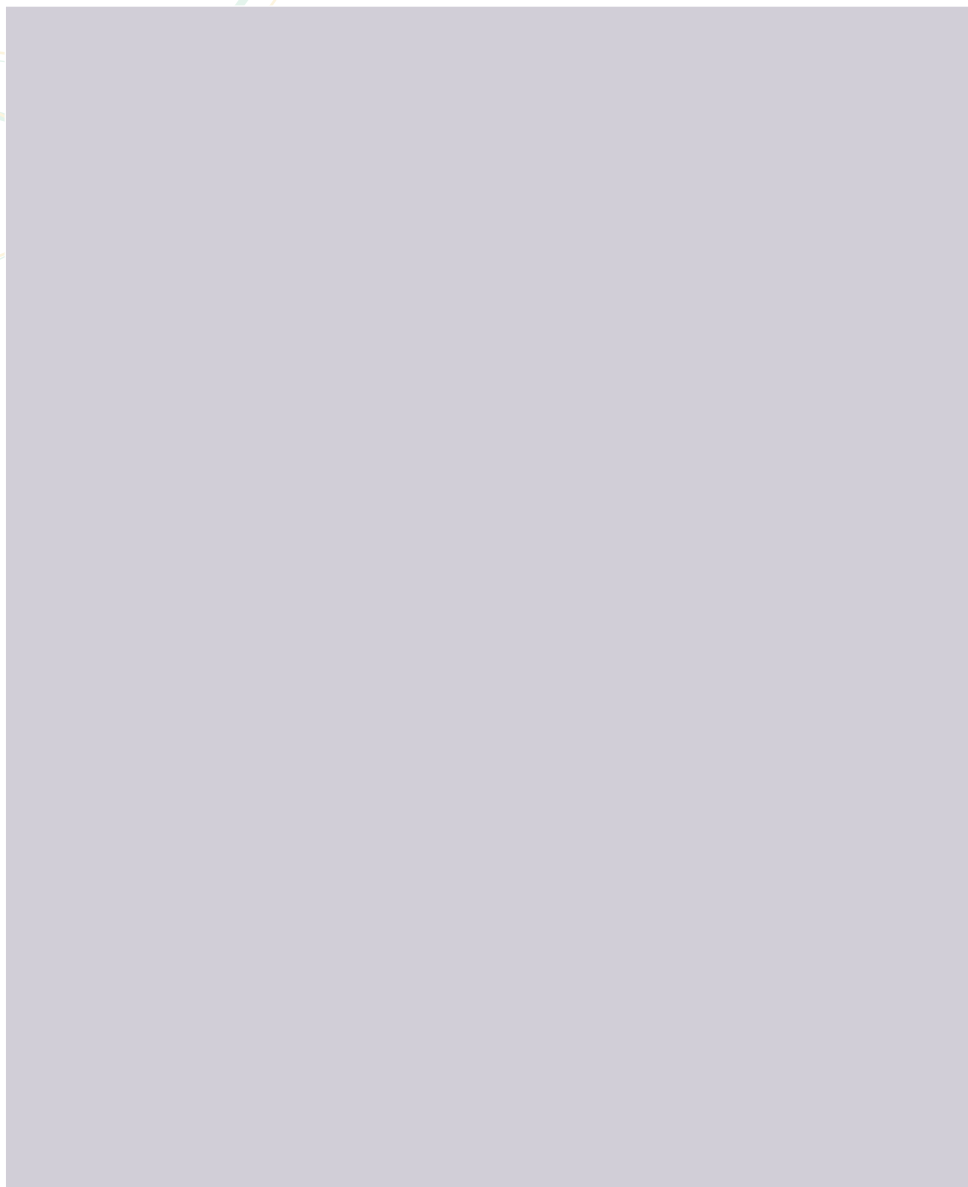
| | | Týden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Celkový zdravotní stav | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Celková kvalita života | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Schopnost vykonávat každodenní činnosti | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Práce a zaměstnání (schopnost vykonávat práci) | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Nálada | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |
| Dopad na vztahy s rodinou a přáteli | Lepší | | | | | | | | | | | | | |
| | Beze změny | | | | | | | | | | | | | |
| | Horší | | | | | | | | | | | | | |

Poznámky pro konverzaci s lékařem

Poznámky



Poznámky



Poznámky

