

# TEMATY DO OMÓWIENIA NA TWOJEJ KOLEJNEJ WIZYCIE

DOPEŁNIJ OBRAZ

POROZMAWIAJ  
Z LEKARZEM O REMISJI

Wypełnij ten dokument przed kolejną wizytą lekarską. Zawiera on pytania, które pomogą w dyskusji na temat obecnego samopoczucia, doświadczanych objawów, celów leczenia, schematu terapii i pytań, które pojawiły się od ostatniej wizyty. Ważne jest, aby współpracować z zespołem opieki zdrowotnej w celu wspierania optymalnego zarządzania RZS, w tym dążenia do remisji. Czy Twoja wiedza na temat RZS jest wystarczająca? Jeśli masz pytania, zapisz je i zadaj lekarzowi reumatologowi przy najbliższej wizycie.

## 1 OCEŃ SWOJE OBECNE SAMOPOCZUCIE

Zawsze pamiętaj, aby poinformować swojego reumatologa, jak się czujesz. Ważne jest, by mówić mu, gdy masz się źle, ale dobrze jest też dać znać, że czujesz się dobrze lub zauważasz poprawę.

Obecne samopoczucie 

## 2 OCENA BIEŻĄCEGO SCHEMATU LECZENIA

Oceń, jak się czujesz w związku z obecnym sposobem leczenia. Ważne jest podzielenie się odczuwanymi efektami działania leków lub obawami w tej kwestii.

Aktualny schemat leczenia 

Ważne jest, aby otwarcie mówić o swoich wątpliwościach co do schematu leczenia, nawet jeśli jest to trudne.

Lekarz powinien wiedzieć o pojawiających się skutkach ubocznych lub trudnościach z przestrzeganiem schematu leczenia.

## 3 DOKUMENTOWANIE OBJAWÓW

Twoje samopoczucie w dniu wizyty może nie odzwierciedlać tego, jak czułeś się w innym czasie od ostatniej wizyty. Oprócz bardziej powszechnych objawów, takich jak ból, sztywność i zmęczenie, nie zapomnij wspomnieć o gorączce, utracie apetytu lub wyzwaniach związanych z aktywnością. Pomyśl o ostatnich 3 miesiącach i zapisz, czego doświadczyłeś:

RODZAJ OBJAWÓW (GDZIE SIĘ POJAWIŁY?)	NASILENIE (ŁAGODNE, UMIARKOWANE, CIĘŻKIE, EKSTREMALNE)	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA (JAK CZĘSTO ICH DOŚWIADCZAŁEM?)

CZAS TRWANIA (JAK DŁUGO SIĘ UTRZYMYWAŁY)

## 4 SPRECYZUJ SWOJE CELE

Zacznij od zastanowienia się nad tym, w jaki sposób RZS wpływa na Twoje życie i z jakimi wyzwaniami mierzysz się na co dzień. Co najbardziej chciałbyś móc robić, a ogranicza Cię w tym RZS?

Na przykład:

- Czy jesteś nauczycielem przedszkolnym, który chce być w stanie usiąść na podłodze ze swoimi uczniami?
- Czy jesteś rodzicem, który chce czuć się wystarczająco dobrze, aby chodzić na wydarzenia sportowe swojego dziecka?
- Czy chcesz być w stanie samodzielnie załatwiać sprawy i nosić zakupy?

CO NAJBARDZIEJ CHCĘ OSIĄGNĄĆ W NADCHODZĄCYCH TYGODNIACH/MIESIĄCACH?  
(CEL, KTÓRY CHCĘ PRZEKAZAĆ MOJEMU REUMATOLOGOWI)

## 5 ZADAWAJ PYTANIA

Jeśli jest coś, czego nie rozumiesz, lub potrzebujesz jakichkolwiek informacji, nie wstydź się pytać. Zapisz swoje pytania poniżej – dzięki temu o nich nie zapomnisz

MOJE PYTANIA

## OSOBY CIERPIĄCE NA RZS MOGĄ OSIĄGNĄĆ REMISJĘ

Pamiętaj o wyznaczeniu ze swoim reumatologiem remisji jako głównego celu terapii, by dopełnić obraz Twojego schematu leczenia.

### ŹRÓDŁA

1. Radner H, Smolen JS, Aletaha D. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014; 16:R56.
2. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020; 79(6): 685–699.

# TEMATY DO OMÓWIENIA NA TWOJEJ KOLEJNEJ WIZYCIE

DOPEŁNIJ OBRAZ

POROZMAWIAJ  
Z LEKARZEM O REMISJI

## PRZED NASTĘPNĄ WIZYTĄ SPRÓBUJ PRZYGOTOWAĆ PONIŻSZE INFORMACJE:

### 1 DZIENNIK OBJAWÓW ZWIĄZANYCH Z RZS ODCZUWANYCH NA CO DZIEŃ

Zaznacz występowanie poszczególnych objawów RZS

	tak	nie
Obrzęki stawów	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szttywność poranna >1 godz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból w stawach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zmęczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2 PRZYJMOWANE LEKI

Wymień przyjmowane leki na RZS oraz wszystkie inne leki zażywane na stałe i doraźnie, np. przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, suplementy diety, witaminy i wszystkie leki dostępne bez recepty

### 3 CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE INNE NIŻ RZS

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE	<input type="checkbox"/>
CUKRZYCA	<input type="checkbox"/>
PODWYŻSZONY CHOLESTEROL (HIPERCHOLESTEROLEMIA)	<input type="checkbox"/>
CHOROBY ZAPALNE	<input type="checkbox"/>
CHOROBY PŁUC	<input type="checkbox"/>
CHOROBY NEREK	<input type="checkbox"/>
DEPRESJA	<input type="checkbox"/>

INNE:

### 4 ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CODZIENNYCH CZYNNOŚCI

bardzo ograniczona	nieznacznie ograniczona	bez ograniczeń
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>






### 5 ZALECENIA LEKARSKIE

Zalecenia ze zrealizowanych wizyt u lekarzy specjalistów (jeśli się odbyły) oraz informacje o zaplanowanych wizytach i planach leczenia (np. internista, dietetyk, stomatolog)

SPECJALISTA	.....
ZALECENIA	.....
SPECJALISTA	.....
ZALECENIA	.....

### 6 ZAPLANOWANE TERMINY WYJAZDÓW (NP. DŁUŻSZY URLOP)

### 7 CELE OSOBISTE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>  aktywność fizyczna | <input type="checkbox"/>  dom i rodzina |
| <input type="checkbox"/>  wypoczynek         | <input type="checkbox"/>  podróże       |
| <input type="checkbox"/>  zdrowa dieta       | <input type="checkbox"/>  hobby         |

INNE: