



我的诊断

我的**肿瘤专科医生**姓名: _____

电话: _____ 电邮: _____

我的**护士**或其他医护人员姓名: _____

癌细胞已经扩散到哪个部位? (勾选所有相关的选项)

☐ 大脑 ☐ 骨骼 ☐ 淋巴系统 ☐ 肝 ☐ 肺 ☐ 其他

我的癌症属于哪个阶段? 这意味着什么?

我罹患哪一种乳癌类型? (勾选所有相关的选项)

☐ HR+阳性 ☐ HR-阴性
☐ HER2+阳性 ☐ HER2-阴性
☐ 三阴性

在我们决定治疗方案之前,我是否需要进行任何检查?

关于我的诊断,我还需要知道些什么吗?



我的治疗

你会推荐什么治疗方案给我，为什么？对我而言，这些是最好的治疗选项吗？

你建议的治疗方案有什么风险或副作用吗？我可以做些什么来减少这些副作用？

治疗的目标是什么？

我需要改变饮食吗？

我担心会脱发，我能做些什么来预防这种情况发生？



我的治疗

这项治疗将持续多长时间？治疗过程是怎么样的？我会在哪里接受这项治疗？

我需要进行静脉输液吗？

我需要多久会诊医生一次进行追踪检查？

我如何知道自己的身体状况良好，或者我的癌症有没有恶化？

我需要接受放射治疗或手术吗？



我的情绪

你的医院是否提供任何社会心理方面的支持？或者，我可以加入哪些患者支持小组吗？

你认识在帮助转移性癌症患者方面有经验的心理咨询师吗？

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

你能提供有关患者支持小组的建议吗？

关于我目前正在接受的治疗，马来西亚是否有相关的患者援助计划，或者转移性癌症方面的经济援助项目？



我的健康

我担心自己的饮食状况。你是否认识在帮助服用抗癌药物或化疗患者方面有经验的饮食营养师？

姓名: _____

电话: _____

我可以做些什么来帮助自己更强壮或减少疲累感？

对于确诊癌症的患者，你会推荐哪些辅助疗法或特定辅助中心吗？



我的工作

癌症治疗将会如何影响我的日常活动？

我还能全职工作吗？



备注事项

我学到了什么？

什么事情对我而言是重要的？

我还有什么疑问吗？
