**Què cal que recordeu quan aneu a la cita per participar al projecte GCAT Genomes per la Vida /Genomes for Life?**

Quan passeu a formar part del grup *GCAT|Genomes per la Vida*, us demanarem compartir una sèrie de dades relacionades amb el vostre estat de salut. Com que és difícil de recordar-les i per facilitar-vos la tasca en el dia de la cita, us recomanen de fer una mica de memòria i portar algunes notes sobre aspectes relacionats amb la vostra salut, i que, en cas contrari us serà difícil de recordar:

* Aspectes sobre la vostra història mèdica i de la vostra família
* Malalties que li hagin sigut diagnosticades i l’edat de diagnòstic
* Malalties que hagin estat d*iagnosticades als seus familiars propers* (els pares, els germans i els fills) i l’edat de diagnòstic.
* Noms de la medicació que preneu habitualment en el darrer any
* Totes les medicacions, les vitamines o els suplements que estigueu prenent regularment
* Les operacions que us hagin fet
* Quines operacions i proves diagnòstiques us han fet i quan
* Les dades de naixement dels vostres pares i dels vostres fills

A més, com estem interessats en els hàbits de via saludable, us preguem de fer una mica de memòria sobre els hàbits de vida que heu tingut durant el darrer any en referència a,

* La vostra alimentació, què mengeu i amb quina regularitat
* L’exercici físic, si en practiqueu habitualment i amb quina regularitat
* El tabac, quant fumeu o fumàveu, si fumen al vostre costat...
* Finalment, recordar-vos de no oblidar portar la **vostra Targeta Sanitària**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Per facilitar-vos el que pugueu prendre notes sobre els aspectes de la vostra salut, hem fet una petita llista per guiar-vos i ajudar-vos a recordar i anotar els detalls més destacats. Així podeu anotar la informació relacionada amb la història familiar de les malalties més comunes, on podreu anotar si a més de vostè, algun familiar la pateix, i quina és la data de diagnòstic aproximada, o bé els medicaments i operacions a les que s’ha sotmès** | | | | | |
|  | **Vostè** | **Pare** | **Mare** | **Germans** | **Fills** |
| **Càncer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Diabetis** |  |  |  |  |  |
| **Hipertensió arterial** |  |  |  |  |  |
| **Hipercolesterolèmia o triglicèrids** |  |  |  |  |  |
| **Ictus, vessament cerebral** |  |  |  |  |  |
| **Infart de miocardi, atac de cor** |  |  |  |  |  |
| **Angina de pit** |  |  |  |  |  |
| **Infecció per Helicobacter Pylori** |  |  |  |  |  |
| **Malaltia de Crohn** |  |  |  |  |  |
| **Colitis ulcerosa** |  |  |  |  |  |
| **Pòlips colorectals** |  |  |  |  |  |
| **Hepatitis crònica** |  |  |  |  |  |
| **Al·lèrgia** |  |  |  |  |  |
| **Rinitis** |  |  |  |  |  |
| **Èczema** |  |  |  |  |  |
| **Psoriasis** |  |  |  |  |  |
| **Artritis** |  |  |  |  |  |
| **Lupus** |  |  |  |  |  |
| **Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC)** |  |  |  |  |  |
| **Asma** |  |  |  |  |  |
| **Osteoporosis** |  |  |  |  |  |
| **Depressió Mayor** |  |  |  |  |  |
| **Migranya** |  |  |  |  |  |
| **Esquizofrènia** |  |  |  |  |  |
| **Alzheimer, demència** |  |  |  |  |  |
| **Parkinson** |  |  |  |  |  |
| **Malaltia genètica hereditària** |  |  |  |  |  |
| **Altra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**En aquestes taules podeu introduir les medicacions, vitamines o suplements que estigueu prenent o hagueu pres de forma regular, indicant el nom del medicament, la condició per a que el preneu i la freqüència de consum. Així com, les operacions o les proves de diagnòstic que us hagin estat realitzades i l’edat que teníeu a la realització.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicament** | **Diagnòstic** | **Edat inici** | **Freqüència** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Operació o prova diagnòstica** | **Edat** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |