

PATIENT

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /.....

SUIVI

Date du J1 :/...../ 201..... Suivi réalisé le : / / 201.....

Par IDE : MT : MH : PO : Autre : Appel téléphonique Domicile du patient Consultation médicale Dispensation Entretien pharma.**SUIVI DE L'OBSERVANCE****Posologie prescrite**

.....mg 2 fois par jour, 30 min après le petit déjeuner et le dîner

 pendant 14 jours sur 21 jours (7 jours sans traitement) en continu pendant 28 jours sur 28 jours du lundi au vendredi (soit 5j sur 7) pendant 5 semaines**Observation**Conformité à la prescription : oui nonSi non : surdosage sousdosage

Préciser :

.....

.....

SUIVI DE LA TOLERANCE

Nausées - Vomissements	<input type="checkbox"/> 1	Nausées / Perte d'appétit	Diarrhée	<input type="checkbox"/> 1	< 4 selles / jour
	<input type="checkbox"/> 2	V. transitoires		<input type="checkbox"/> 2	4 – 6 / jour ou D. nocturne
	<input type="checkbox"/> 3	V. entraînant perte de pds, déshydratation		<input type="checkbox"/> 3	>6 selles / jours + signes fonctionnels
	<input type="checkbox"/> 4	V. incoercibles / Csq vitales		<input type="checkbox"/> 4	Csq vitales
Syndrome Mains-Pieds	<input type="checkbox"/> 1	Modifications cutanées mineures ou dermatite (fourmillement, rougeur, brûlure, ...) sans douleur	Mucite	<input type="checkbox"/> 1	Douleur, érythème
	<input type="checkbox"/> 2	Modifications cutanées (desquamation, bulles, œdème, lésion hémorragique) ou douleurs, sans gêne fonctionnelle		<input type="checkbox"/> 2	Erythème, ulcère : alim° solide
	<input type="checkbox"/> 3	Modifications cutanées associées à des douleurs et à une gêne fonctionnelle ou lésion ulcéreuse		<input type="checkbox"/> 3	Ulcération : alim° liquide
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 4	Nécrose, saignement : alim° impossible, Csq vitales
Fatigue	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue légère, peu importante, supérieure à la valeur initiale			
	<input type="checkbox"/> 2	Modérée ou rendant difficile la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne			
	<input type="checkbox"/> 3	Sévère affectant les activités de la vie quotidienne			
	<input type="checkbox"/> 4	Invalidante			

Autres :

Constantes :

Poids : kg

T.A :/ T° :°C

Si > 38,3°C => prévenir immédiatement le médecin traitant + NFS + plaquettes

Poursuite du traitement à l'identique: OUI NON

Si changement(s), préciser :

.....

Date du prochain RDV oncologue : ____/____/____**FAXER CETTE FICHE A RODA : 03 89 20 06 41**