

PATIENT

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

SUIVI

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

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

.....mg 1 fois par jour, à heure fixe

 en continu pendant 28 jours sur 28 jours**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
Rash	<input type="checkbox"/> 1	Modéré non symptomatique	Mucite	<input type="checkbox"/> 1	Douleur, érythème
	<input type="checkbox"/> 2	symptomatique, <50% de la SCT, sans retentissement sur l'activité quotidienne		<input type="checkbox"/> 2	Erythème, ulcère : alim° solide
	<input type="checkbox"/> 3	symptomatique, >50% de la SCT avec retentissement sur l'activité quotidienne		<input type="checkbox"/> 3	Ulcération : alim° liquide
	<input type="checkbox"/> 4	Dermatite exfoliative ou ulcération +/- surinfection disséminée		<input type="checkbox"/> 4	Nécrose, saignement : alim° impossible, Csq vitales
Fatigue	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue légère, peu importante, supérieure à la valeur initiale	Myalgie / Arthralgie		
	<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**