

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** 100mg 400mg 600mg en **1 prise par jour** 800mg, en **2 prises par jour** (400mg matin et 400mg soir)

au cours du / des repas, avec un grand verre d'eau

en continu pendant 28 jours

ObservationConformité 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
Fatigue	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue légère, peu importante supérieure à la valeur initiale	Toxicité cutanée : Rash	<input type="checkbox"/> 1	Modéré non symptomatique
	<input type="checkbox"/> 2	Modérée ou rendant difficile la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 2	symptomatique, <50% de la SCT, sans retentissement sur l'activité quotidienne
	<input type="checkbox"/> 3	Sévère affectant les activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 3	symptomatique, >50% de la SCT avec retentissement sur l'activité quotidienne
	<input type="checkbox"/> 4	Invalidante		<input type="checkbox"/> 4	Dermatite exfoliative ou ulcération +/- surinfection disséminée
Rétention Hydrosodée	<input type="checkbox"/> 0		Myalgie - Crampe	<input type="checkbox"/> 0	
	<input type="checkbox"/> 1			<input type="checkbox"/> 1	

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**