

**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**400mg (2 cp)  2 fois par jour  1 fois par jour

Autre : .....

en dehors des repas, avec un grand verre d'eau

en continu pendant 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
Réaction Main-Pied Lésions hyperkeratosiques jaunâtres sur les zones de pression et de frottement	<input type="checkbox"/> 1	Modifications cutanées mineures ou dermatite (fourmillement, rougeur, brûlure, ...) <b>sans douleur</b>	Rash	<input type="checkbox"/> 1	Modéré <b>non symptomatique</b>
	<input type="checkbox"/> 2	Modifications cutanées (desquamation, bulles, œdème, lésion hémorragique) ou douleurs, <b>sans gêne fonctionnelle</b>		<input type="checkbox"/> 2	<b>symptomatique, &lt;50%</b> de la SCT, <b>sans retentissement</b> sur l'activité quotidienne
	<input type="checkbox"/> 3	Modifications cutanées associées à des douleurs et à une gêne fonctionnelle ou lésion ulcéreuse		<input type="checkbox"/> 3	<b>symptomatique, &gt;50%</b> de la SCT <b>avec retentissement</b> sur l'activité quotidienne
				<input type="checkbox"/> 4	Dermatite exfoliative ou ulcération +/- surinfection disséminée
Fatigue	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue légère, non importante, supérieure à la valeur initiale	Alopécie	<input type="checkbox"/> 1	Perte de cheveux
	<input type="checkbox"/> 2	Moderée ou rendant difficile la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 2	Modérée en plaque
	<input type="checkbox"/> 3	Sévère affectant les activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 3	Complète mais réversible
	<input type="checkbox"/> 4	Invalidante		<input type="checkbox"/> 4	Irréversible

Autres : .....

**Constantes :**

Poids : ..... kg

T.A : ..... / ..... T° : ..... °C

Si &gt; 38,3°C =&gt; 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**