

PATIENT

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

SUIVI

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

Par IDE : MT : MH : P : PH :

Appel téléphonique Domicile du patient Consultation médicale Dispensation Entretien pharma.

SUIVI DE L'OBSERVANCE

Posologie prescrite

4 mg 3 mg 2 mg 1 mg

1 fois par jour, avec un grand verre d'eau

pendant 21 jours sur 28 jours (soit 7 jours sans traitement)

en continu

en association à la dexaméthasone

Observation

Conformité à la prescription : oui non

Si 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
Constipation	<input type="checkbox"/> 0			<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 : ____/____/____

Si signes de pneumopathie interstitielle : dyspnée, toux, essoufflement => arrêt immédiat du traitement + prévenir immédiatement médecin traitant et médecin spécialiste.

FAXER CETTE FICHE A RODA : 03 89 20 06 41