

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 2 fois par jour, à la fin du petit déjeuner et
à la fin du dîner (c'est à dire dans l'heure qui suit le repas)

De J1 à J5 et de J8 à J12 (cycle de 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	Signes pulmonaires évoquant pneumopathie interstitielle ou EP		
	<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**