

PATIENT

Nom : Prénom : Date de Naissance : ... / ... /

SUIVI

Date du J1 : 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 semaine** le :

A la fin d'un repas léger, avec un grand verre d'eau

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	Mucite	<input type="checkbox"/> 1	Douleur, érythème
	<input type="checkbox"/> 2	Modérée ou rendant difficile la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 2	Erythème, ulcère : alim° solide
	<input type="checkbox"/> 3	Sévère affectant les activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 3	Ulcération : alim° liquide
	<input type="checkbox"/> 4	Invalidante		<input type="checkbox"/> 4	Nécrose, saignement : alim° impossible, Csq vitales
Constipation	<input type="checkbox"/>		Toxicité neurologique	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

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**