

**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** 4cp  3cp  2cp 1 fois par jour

Autre : .....

avec un grand verre d'eau, **après un repas léger**  
pendant 21 jours sur 28 (7 jours sans traitement)**Observation**Conformité à la prescription :  oui  nonSi non :  surdosage  sousdosagePréciser : .....  
.....**SUIVI DE LA TOLERANCE**

Mucite	<input type="checkbox"/> 1	Douleur, érythème	Diarrhée	<input type="checkbox"/> 1	< 4 selles / jour
	<input type="checkbox"/> 2	Erythème, ulcère : alim° solide		<input type="checkbox"/> 2	4 – 6 / jour ou D. nocturne
	<input type="checkbox"/> 3	Ulcération : alim° liquide		<input type="checkbox"/> 3	>6 selles / jours + signes fonctionnels
	<input type="checkbox"/> 4	Nécrose, saignement : alim° impossible, 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, brulure, ...) sans douleur	Rash	<input type="checkbox"/> 1	Modéré non symptomatique
	<input type="checkbox"/> 2	Modifications cutanées (desquamation, bulles, œdème, lésion hémorragique) ou douleurs, sans gêne fonctionnelle		<input type="checkbox"/> 2	symptomatique, <50% de la SCT, sans retentissement 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	symptomatique, >50% de la SCT avec retentissement sur l'activité quotidienne
				<input type="checkbox"/> 4	Dermatite exfoliative ou ulcération +/- surinfection disséminée
Fatigue	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue légère, peu importante, supérieure à la valeur initiale			
	<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 &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**