

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** 800mg 600mg 400mg 200mg

en 1 prise par jour avec un grand verre d'eau

à distance des repas (au moins 1h avant ou 2h après)

en continu pendant 28 jours sur 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		<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	Modérée ou rendant difficile la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	Sévère affectant les activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	Invalidante		<input type="checkbox"/> 4	

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**