



# CARNET DE SUIVI de votre traitement anticancéreux oral

Veillez à vous munir de ce carnet

- Lors de vos consultations médicales et entretiens pharmaceutiques
- Pour tout renouvellement d'ordonnance



Jun 2024

- Ce carnet a pour but de vous aider dans la **gestion**, la **surveillance** et le **suivi** de votre traitement anticancéreux oral.
- Les **aide-mémoires** qu'il contient visent à faciliter les échanges avec les professionnels de santé qui vous accompagnent.

Ce carnet appartient à

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom du/des médicament(s) anticancéreux oral/oraux : .....



# SOMMAIRE

- *Mes contacts* .....p4
- *Précautions générales* .....p6
- *Mon traitement anticancéreux* .....p7
- *Plan de prise de mes autres médicaments* .....p8
- *Mes rendez-vous* .....p10
- *Suivi de mes effets indésirables* .....p13
- *Effets indésirables : prévention et soins* .....p15
- *Notes personnelles* .....p19

# Mes contacts <sup>1/2</sup>

Médecin référent (oncologue ou hématologue)

Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Laboratoire d'analyses médicales :

.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Infirmier en pratique avancée : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Pharmacien hospitalier : Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Médecin traitant : Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Médecin spécialiste : Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

# Mes contacts 2/2

Pharmacien d'officine : Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Infirmier libéral : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Kinésithérapeute : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Dentiste : Dr .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Autre : .....

.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

# Précautions générales



- Conservez votre médicament **hors de la vue et de la portée des enfants**.
- Ne sortez **pas** les comprimés ou gélules de leur conditionnement pour les mettre **dans un pilulier**.



- **Ne jetez pas les conditionnements entamés à la poubelle** ; remettez-les à votre pharmacien.



- **Lavez-vous** soigneusement les **mains** à l'eau savonneuse **avant** et **après** chaque manipulation.



- **Vérifiez** avec votre **médecin** et votre **pharmacien** que les **médicaments (prescrits ou non)** et/ou autres substances (**aliments, épices et plantes**, dont **pamplemousse et millepertuis, probiotiques, huiles essentielles, compléments alimentaires...**) et produits dérivés que vous utilisez sont **compatibles avec votre traitement**.  
Les molécules qu'ils contiennent, leur dose et leur fréquence de consommation peuvent interagir avec votre traitement et conditionner son efficacité et la survenue d'effets indésirables.



- Prenez votre traitement à **heure(s) fixe(s)**. N'arrêtez et ne modifiez jamais le rythme de prise de votre traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas d'**oubli** ou de **vomissement**, suivez la conduite à tenir de la [fiche VOC](#) relative à votre traitement et/ou la notice du médicament.

**Notez cet évènement dans ce carnet de suivi** (*voir chapitre Notes personnelles - p19*).

# Mon traitement anticancéreux

Page complétée le ..... / ..... / ..... par .....



Mon traitement anticancéreux se compose de ..... médicaments oraux (*renseigner le nombre*)

	JOURS DE PRISE	MODALITÉS DE PRISE	
Anticancéreux oral <i>(inscrire le nom et le dosage)</i> -----	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> certains jours bien définis : ..... <input type="checkbox"/> ..... jours de traitement suivis d'une pause de ..... jours	<input type="checkbox"/> 1 prise par jour <input type="checkbox"/> 2 prises par jour <input type="checkbox"/> 3 prises par jour	<input type="checkbox"/> pendant le/les repas <input type="checkbox"/> en dehors des repas <input type="checkbox"/> pendant ou en dehors des repas
Anticancéreux oral <i>(inscrire le nom et le dosage)</i> -----	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> certains jours bien définis : ..... <input type="checkbox"/> ..... jours de traitement suivis d'une pause de ..... jours	<input type="checkbox"/> 1 prise par jour <input type="checkbox"/> 2 prises par jour <input type="checkbox"/> 3 prises par jour	<input type="checkbox"/> pendant le/les repas <input type="checkbox"/> en dehors des repas <input type="checkbox"/> pendant ou en dehors des repas
Anticancéreux oral <i>(inscrire le nom et le dosage)</i> -----	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> certains jours bien définis : ..... <input type="checkbox"/> ..... jours de traitement suivis d'une pause de ..... jours	<input type="checkbox"/> 1 prise par jour <input type="checkbox"/> 2 prises par jour <input type="checkbox"/> 3 prises par jour	<input type="checkbox"/> pendant le/les repas <input type="checkbox"/> en dehors des repas <input type="checkbox"/> pendant ou en dehors des repas

Référez-vous toujours à votre ordonnance la plus récente et  
**veillez à mettre à jour cette page en cas de modification de votre traitement.**

# Plan de prise de mes autres médicaments 1/2



Page complétée le ..... / ..... / ..... par .....

Médicaments (nom et dosage)	Petit-déjeuner	Déjeuner	Diner	Coucher	Commentaires
<i>Ex : paracétamol 1g</i>	<i>1 comprimé</i>		<i>1 comprimé</i>		<i>si douleur</i>

Référez-vous toujours à votre ordonnance la plus récente et  
**veillez à mettre à jour cette page en cas de modification de votre traitement.**



# Plan de prise de mes autres médicaments 2/2



Page complétée le ..... / ..... / ..... par .....

Médicaments (nom et dosage)	Petit-déjeuner	Déjeuner	Diner	Coucher	Commentaires

Référez-vous toujours à votre ordonnance la plus récente et  
**veillez à mettre à jour cette page en cas de modification de votre traitement.**



# Mes rendez-vous 1/3

Date	Motif	Commentaires
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	

*Pensez à vous munir de vos anciens comptes rendus et résultats lors de chaque consultation.*



# Mes rendez-vous 2/3

Date	Motif	Commentaires
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	

*Pensez à vous munir de vos anciens comptes rendus et résultats lors de chaque consultation.*



# Mes rendez-vous 3/3

Date	Motif	Commentaires
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Prise de sang <input type="checkbox"/> Entretien pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre : .....	

*Pensez à vous munir de vos anciens comptes rendus et résultats lors de chaque consultation.*

# Suivi de mes effets indésirables 1/2

<b>Date</b>	<b>Nature de l'effet indésirable</b>	<b>Echelle d'intensité (nulle à très intense)</b>	<b>Commentaires</b>
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	





# Suivi de mes effets indésirables 2/2

<b>Date</b>	<b>Nature de l'effet indésirable</b>	<b>Echelle d'intensité</b> (nulle à très intense)	<b>Commentaires</b>
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

# Effets indésirables : prévention et soins 1/4






Comme la plupart des médicaments, votre traitement peut s'accompagner d'effets indésirables que vous pouvez déclarer sur le site : [signalement-sante-gouv.fr](http://signalement-sante-gouv.fr)  
Voici les mesures préconisées en cas de survenue de l'un d'eux.

## TROUBLES DIGESTIFS

<p>Constipation</p> 	<p>Buvez au moins 1,5L d'eau/jour. Privilégiez une alimentation riche en fibres (son, céréales, pain complet, légumes verts, fruits et fruits secs). Pratiquez une activité physique régulière. Surveillez la reprise du transit. En cas de constipation avec de fortes douleurs abdominales et de la fièvre, consultez votre médecin.</p>
<p>Diarrhée</p> 	<p>Surveillez votre poids. Buvez des boissons sucrées et/ou salées : eau, thé sucré, sodas, potages. Evitez les eaux riches en magnésium (CONTREX®, HEPAR®), le café, les boissons glacées. Privilégiez une alimentation pauvre en fibres (féculents, carotte, banane) ; évitez les aliments pouvant stimuler le transit intestinal (laitages, fruits-légumes crus, céréales, aliments gras, épices). Lavez-vous les mains régulièrement. En cas de fièvre associée ou de symptômes persistants au-delà de 5 jours, consultez votre médecin.</p>
<p>Nausées, vomissements, perte d'appétit</p> 	<p>Fractionnez votre alimentation en plusieurs repas légers et mangez lentement. Evitez les aliments gras, frits et épicés, et ceux dont l'odeur peut déclencher les nausées. Buvez surtout entre les repas (les boissons gazeuses fraîches aident à diminuer les nausées). Evitez de rester l'estomac vide, cela accentue les nausées. Ne vous allongez pas dans les 30 min suivant un repas. En cas de vomissements, utilisez les médicaments antiémétiques qui vous ont été prescrits.</p>
<p>Inflammation de la bouche (stomatite, mucite)</p> 	<p>Utilisez une brosse à dents souple et un dentifrice non mentholé sans additif. Hydratez vos lèvres (demandez conseil à votre pharmacien, en particulier si vous êtes traité par oxygénothérapie). Stimulez votre production salivaire (glaçons, sorbets). Privilégiez les liquides et aliments mixés. Evitez alcool, tabac, café et aliments acides, salés, irritants, épicés ou croquants. Utilisez les médicaments antalgiques. Réalisez les bains de bouche qui vous ont été prescrits (et non ceux contenant de l'alcool).</p>

# Effets indésirables : prévention et soins 2/4





## TROUBLES GÉNÉRAUX ET DU SYSTÈME NERVEUX

Fatigue		Privilégiez une alimentation saine. Limitez l'usage de psychostimulants (ex : café, tabac et alcool). Soyez prudent en cas de conduite automobile. Respectez des temps de repos dans la journée en conservant une activité même modérée. Couchez-vous à heure régulière et dormez suffisamment la nuit.
Troubles du sommeil, insomnie		Fixez un horaire régulier de lever et de coucher avec mise en place d'un rituel (lumière tamisée, musique douce, lecture). Dormez dans une chambre à 19°C. Pratiquez une activité physique suffisante en journée mais modérée le soir. Limitez la consommation d'alcool, de tabac et de caféine, surtout en fin de journée. Evitez les repas copieux le soir.
Maux de tête		Pensez à bien vous hydrater. Mangez à heure régulière, ne sautez pas de repas. Evitez tabac et alcool (déclencheurs de maux de tête). Evitez les couchers tardifs, les grasses matinées ; dormez suffisamment la nuit.
Douleurs dans les pieds et les mains, fourmillements, perte de sensibilité (neuropathies périphériques)		Soignez toute coupure ou lésion (ampoule). N'utilisez pas d'eau chaude (vérifiez la température avec votre coude) ; protégez-vous du froid. Un exercice régulier (marche 3 fois par semaine) et des exercices de relaxation (sophrologie, yoga, tai-chi) peuvent réduire la douleur. Anticipez tout risque de chute (mauvais éclairage, objet au sol) ; utilisez rampes, barres d'appui et canne au besoin. Ayez une alimentation saine et équilibrée.
Gonflement du visage et des membres (œdèmes)		Maintenez une alimentation à faible teneur en sel. Evitez les vêtements serrés. En cas de gonflement des jambes, élevez les pieds en position assise. Portez des bas de contention en les mettant au moment du lever sur jambes reposées. Surveillez votre poids régulièrement. En cas de survenue d'un gonflement de ce type, consultez votre médecin.






# Effets indésirables : prévention et soins 3/4

## TROUBLES HÉMATOLOGIQUES

Baisse des globules rouges	Contactez votre médecin en cas de pâleur, d'essoufflement à l'effort voire au repos, de fatigue persistante, de palpitations, de vertiges et de maux de tête.
Baisse des globules blancs	Contactez votre médecin en cas de température > 38°C, frissons, sueurs, toux, essoufflement/respiration douloureuse, brûlures urinaires, diarrhée accompagnée de fièvre, ou tout signe évoquant une infection.
Baisse des plaquettes 	Contactez votre médecin en cas de survenue de petits points rouges sur la peau, d'ecchymoses, de saignements de nez, de petites hémorragies oculaires ou des gencives, de présence de sang dans les urines ou les selles.
Saignements inhabituels 	Utilisez une brosse à dent souple ; évitez l'utilisation d'un thermomètre rectal. Ne prenez ni aspirine, ni anti-inflammatoire (ex : ibuprofène), ni produits de phytothérapie (pouvant favoriser les saignements) sans avis médical : demandez l'avis d'un professionnel de santé. En cas de survenue d'un bleu, appliquez un objet froid (poche de froid ou sac de glace), voire une crème ou un gel adapté (notamment à base d'arnica) si la peau n'est pas lésée.
Risque d'infections 	Limitez les contacts avec les personnes ayant une infection. Lavez-vous régulièrement les mains. Désinfectez soigneusement toute plaie. Contactez votre médecin en cas de température > 38°C, toux, essoufflement/respiration douloureuse, douleur lors des mictions/urines odorantes, changement de la nature/fréquence des selles (diarrhée, constipation), ou en cas de rougeur, douleur ou suintement autour du cathéter central, de la sonde d'alimentation parentérale ou de la sonde urinaire;
Pression artérielle élevée 	Maux de tête, vertiges, bourdonnements sont les 1ers signes d'alerte d'une hypertension artérielle. Mesurez votre tension (au repos et assis, le matin avant le petit-déjeuner et le soir avant le coucher ; mesure à 3 reprises à 2 min d'intervalle) ; notez les chiffres obtenus. Pratiquez une activité physique régulière et adaptée (30 min 3 fois par semaine). Limitez votre consommation en sel (maxi 5 g/jour) et en alcool. Ayez un régime alimentaire pauvre en graisses saturées (graisses d'origine animale) et riche en fibres.

# Effets indésirables : prévention et soins 4/4

## TROUBLES CUTANÉS ET SOUS-CUTANÉS

Atteinte des ongles	Utilisez un gel nettoyant surgras pour le lavage des mains et pieds. Limitez les immersions prolongées dans l'eau. Séchez par tamponnement et hydratez. Gardez vos ongles courts (préférez la lime au coupe-ongles). Appliquez un vernis protecteur et n'utilisez pas de dissolvants avec acétone (demandez conseil à votre pharmacien). En cas de douleur, baignez votre ongle dans une solution antiseptique ; si coupure, appliquez une crème cicatrisante.
 Démangeaisons	Appliquez des compresses froides sur les zones concernées (ne pas appliquer de lotions alcoolisées). Privilégiez les vêtements en coton amples et légers. Utilisez un gel ou pain dermatologique sans savon. Evitez l'eau chaude. Séchez par tamponnement. Appliquez un agent hydratant (crème ou lait). Coupez vos ongles courts (préférez la lime au coupe-ongles).
 Eruption cutanée	Utilisez un gel ou pain dermatologique sans savon. Evitez l'eau chaude. Séchez par tamponnement. Appliquez un agent hydratant (crème ou lait). Evitez les expositions au soleil, surtout entre 12h et 16h. Portez des vêtements protecteurs, même sous un parasol (réflexion des UVA). Utilisez une protection cutanée d'indice $\geq 50$ , à appliquer 30 min avant exposition et à renouveler toutes les 2h.
 Sécheresse cutanée	Limitez la fréquence des douches/bains à une par jour (maximum 15 min à 32°C). Utilisez un gel ou pain dermatologique sans savon. Séchez par tamponnement. Appliquez un agent hydratant (crème ou lait). Privilégiez les vêtements en coton amples et légers. Utilisez une lessive adaptée aux peaux sensibles (pas d'adouçissant). Buvez 1,5 à 2L d'eau/jour.
Gonflement, sensation de brûlures des mains/pieds	Syndrome mains-pieds : utilisez un gel ou pain dermatologique sans savon. Evitez l'eau chaude. Séchez par tamponnement. Appliquez un agent hydratant (crème ou lait). Pratiquez des bains d'eau fraîche (15 min) ou appliquez une poche de froid / un sac de glace (pas de contact direct avec la glace). Portez des semelles gel pour maintenir le pied au contact d'une source froide.

# Notes personnelles <sup>1/5</sup>

*Vous et tout professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien...)  
pouvez inscrire ci-après vos remarques (oubli de prise, évènement indésirable...)*

Date	Évènement	Attitude adoptée	Renseigné par

# Notes personnelles 2/5

Date	Évènement	Attitude adoptée	Renseigné par

# Notes personnelles <sup>3/5</sup>

Date	Évènement	Attitude adoptée	Renseigné par

# Notes personnelles 4/5

Date	Évènement	Attitude adoptée	Renseigné par

# Notes personnelles 5/5

Date	Évènement	Attitude adoptée	Renseigné par

- Ce carnet est disponible sur le site internet [OMéDIT Fiches Cancer](http://OMéDIT Fiches Cancer).
- Les [fiches d'information médicaments VOC](#) - Voie Orale contre le Cancer - sont également accessibles sur ce site ainsi que sur l'application mobile « Fiches VOC » pour Android et iOS.



Pour toute demande d'information, contactez-nous à l'adresse [contact@omedit-fiches-cancer.fr](mailto:contact@omedit-fiches-cancer.fr)

