

Mon carnet de suivi

À destination
des patients traités
par immunothérapie
+ thérapie ciblée



**COMPRENDRE MA MALADIE
POUR ÊTRE ACTEUR DE MA PRISE EN CHARGE**





Si vous trouvez ce carnet, merci de me contacter ou de joindre la personne désignée ci-contre.

MES COORDONNÉES

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone domicile

Téléphone portable

E-mail

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

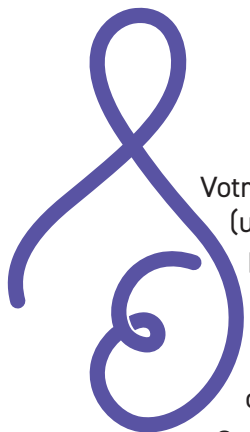
Date de naissance

Adresse

Téléphone domicile

Téléphone portable

E-mail



Votre médecin vous a prescrit un traitement par voie orale (une thérapie ciblée) en combinaison avec un traitement par voie intraveineuse (une immunothérapie) pour traiter votre cancer du rein.

Ce carnet de suivi qui vous a été remis a pour objectif de vous accompagner tout au long de votre prise en charge.

Sa vocation est de :

- Vous **donner** les informations concernant votre maladie et votre traitement, en vous permettant de noter tous les événements qui vous semblent importants,
- Vous **présenter** les examens qui pourraient vous être prescrits,
- Vous **aider** dans la préparation de vos rendez-vous avec votre équipe soignante, en vous permettant de rassembler les informations concernant votre état de santé que vous souhaitez mentionner et partager avec l'équipe soignante qui vous accompagne.

N'oubliez pas d'apporter votre carnet lors de vos consultations, afin de faciliter votre suivi et vos échanges avec votre équipe soignante.

Ce carnet ne peut remplacer les échanges que vous pouvez avoir avec votre médecin ou l'équipe médicale en charge de votre suivi.

Si vous êtes préoccupé(e), parlez-en avec votre médecin.

Il est recommandé de veiller à la confidentialité de ce carnet, du fait du caractère sensible des informations qu'il contient.

SOMMAIRE

1. CONNAÎTRE MON ÉQUIPE SOIGNANTE

- Mes coordonnées et mes contacts utiles
- Associations/sites internet

2. COMPRENDRE MA MALADIE ET MON TRAITEMENT

- Mon parcours de soins
- Comprendre ma maladie
- Comprendre mon traitement
 - Choix du traitement
 - Immunothérapie
 - Thérapies ciblées
- Mon traitement
- Questions à poser à mon équipe soignante

3. SURVEILLER ET AGIR EN CAS D'EFFETS INDÉSIRABLES

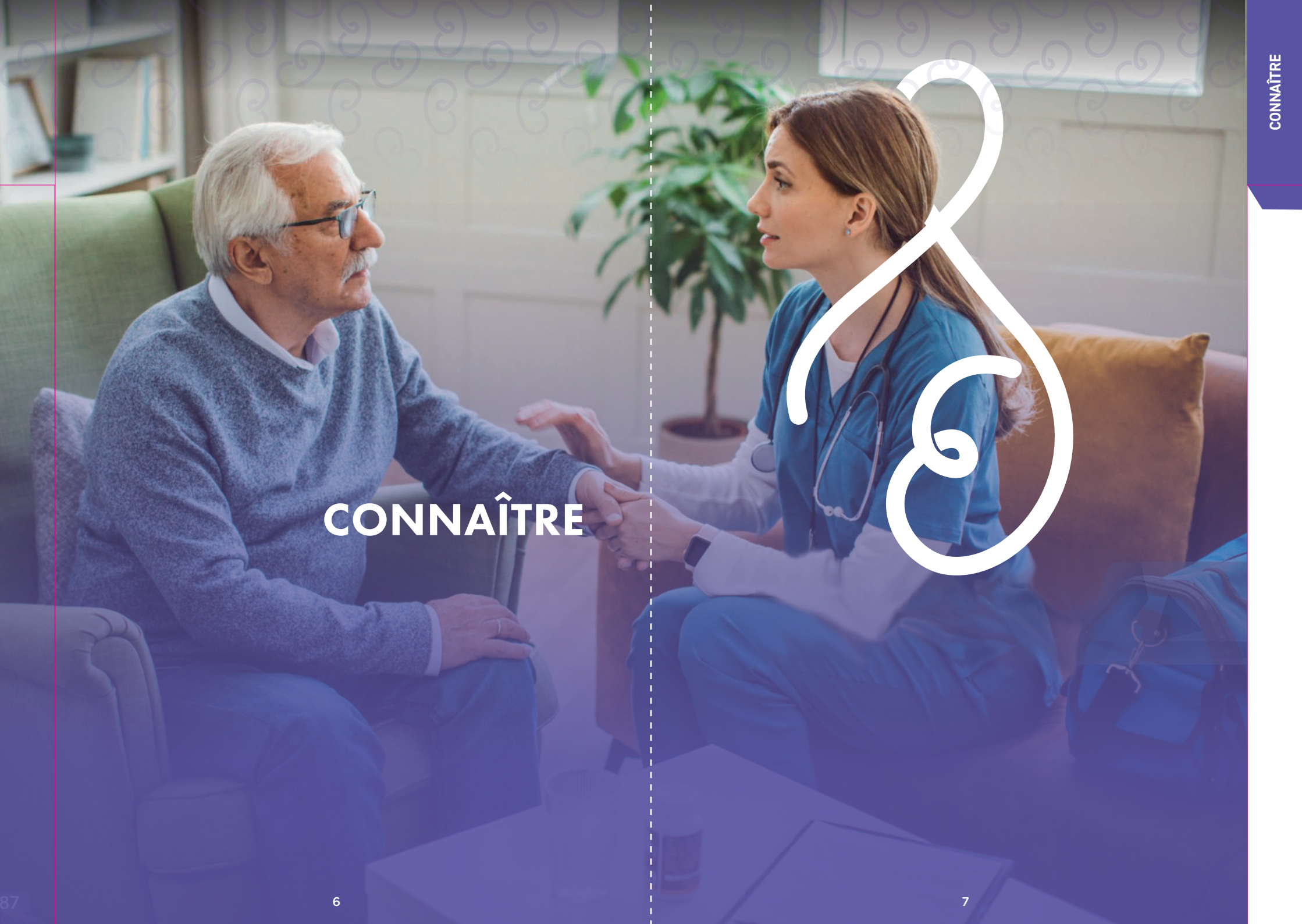
- Réagir en cas d'effets indésirables
- Conseils pratiques pour prévenir la survenue d'effets indésirables
- Conduite à tenir face aux effets indésirables
- Questions à poser à mon équipe soignante

4. SUIVRE MON TRAITEMENT ET MES RENDEZ-VOUS

- Préparer mes rendez-vous
- Suivre mon traitement et mes rendez-vous

5. GLOSSAIRE

RÉFÉRENCES



CONNAÎTRE

MES CONTACTS UTILES

MON ÉQUIPE SOIGNANTE ¹



MON ONCOLOGUE

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



MON UROLOGUE

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



MON MÉDECIN TRAITANT

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



MON PHARMACIEN

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



MON INFIRMIÈR(E) EN PRATIQUE AVANCÉE OU MON INFIRMIÈR(E) DE COORDINATION

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



MON LABORATOIRE D'ANALYSE

Nom :
 Adresse :

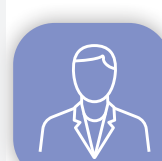
 Téléphone :
 E-mail :



AUTRE SPÉCIALISTE (assistant social, diététicien, psychologue...)

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :
 E-mail :



AUTRE INTERVENANT (taxi/VSL...)

Nom :
 Adresse :
 Téléphone :
 E-mail :



ASSOCIATIONS ET SITES INTERNET ¹

ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LES TUMEURS DU REIN (ARTuR)

L'association pour la recherche sur les tumeurs du rein regroupe des médecins, des patients et des proches concernés par le cancer du rein.

En plus de soutenir et développer la recherche sur les tumeurs du rein et leurs traitements, l'association a pour objectif d'accompagner les patients et leur famille. Pour cela, le site internet propose des informations sur les tumeurs du rein et un forum de discussion pour échanger librement.

L'association organise également chaque année des Rencontres Patients, afin d'informer et soutenir les patients et les aidants et de favoriser le partage d'expérience.

Site internet : www.artur-rein.org

E-mail de contact : asso-artur@artur-rein.org

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)

Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie d'État qui coordonne les actions de lutte contre le cancer. Son site internet propose des informations et brochures à destination des patients et de leur entourage sur la prise en charge des différents types de cancer, ainsi que des rubriques sur la qualité de vie, sur les droits et démarches administratives et sur la vie professionnelle.

Site internet : <https://www.e-cancer.fr/>

LIGUE CONTRE LE CANCER

La Ligue contre le cancer, créée en 1918 et reconnue d'utilité publique, est une association loi 1901 indépendante et apolitique, engagée dans la lutte contre le cancer. Elle s'engage de manière ciblée pour la prévention et le dépistage du cancer et encourage la recherche indépendante sur le cancer. Elle est constituée de 103 comités départementaux.

Le site met à disposition des brochures et des services sur différentes thématiques comme la sexualité et l'alimentation pendant les traitements.

Téléphone : 0 800 940 939 (prix d'un appel local)

Site internet : <https://www.ligue-cancer.net/>



COMPRENDRE

MON PARCOURS DE SOIN ¹⁻⁴



MÉDECIN TRAITANT

Votre médecin traitant s'occupe de la coordination des soins avec les autres professionnels de santé et gère votre dossier médical.¹ Votre médecin traitant est celui que vous avez déclaré à l'Assurance Maladie. Généralement, il s'agit de votre médecin généraliste mais ce peut être également un autre spécialiste.¹



ONCOLOGUE

Appelé aussi cancérologue, c'est le spécialiste des cancers et de leurs traitements.¹ Selon sa spécialité, il peut être oncologue médical (spécialiste des médicaments contre le cancer), oncologue radiothérapeute (spécialiste du traitement par radiothérapie), ou un spécialiste d'organe (chirurgien urologue).



UROLOGUE

L'urologue est un chirurgien spécialiste de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme ainsi que de l'appareil génital masculin.¹ Il est impliqué à différentes étapes dans le parcours des cancers urologiques, comme le cancer du rein : diagnostic, traitement chirurgical et suivi.¹

* IDEC : Infirmier(e) Diplômée d'État Coordinatrice



INFIRMIÈR(E)S (IPA, IDEC)

L'infirmier(e) de pratique avancée (IPA):

- mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées
- accompagne le patient ;
- et l'aide à s'orienter au sein de sa prise en charge.²

L'infirmier(e) coordinateur(trice) (IDEC*) :

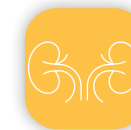
- accompagne le patient tout au long de son parcours de soins : du diagnostic à la fin du traitement
- assure le lien avec les différents intervenants, informe et oriente.³



PHARMACIEN

Le pharmacien est le professionnel de santé responsable de la préparation et de la délivrance de votre traitement.¹

Il peut également vous donner des informations sur le mode d'action, le mode d'administration et les éventuels effets indésirables.¹



NÉPHROLOGUE

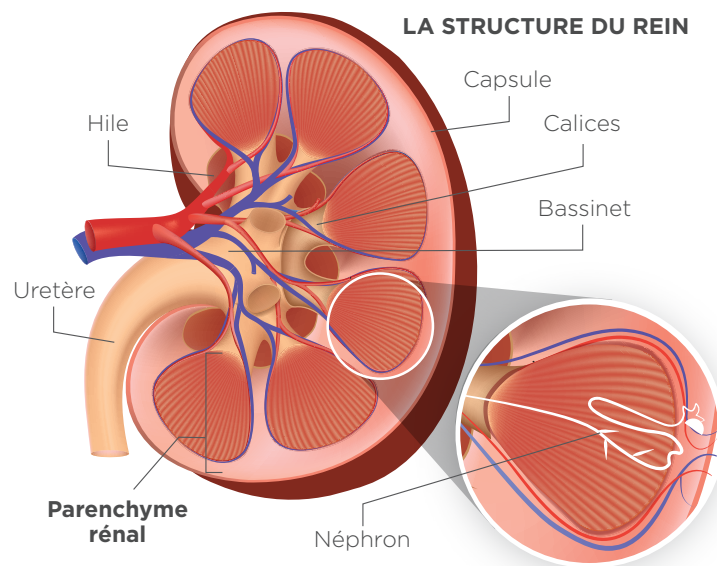
Le néphrologue est le spécialiste des maladies des reins, de leur prévention et de leur traitement. Il assure notamment le suivi et le traitement des patients atteints d'insuffisance rénale.

9 COMPRENDRE MA MALADIE ^{1,5}

UN CANCER, QU'EST-CE QUE C'EST ? ¹

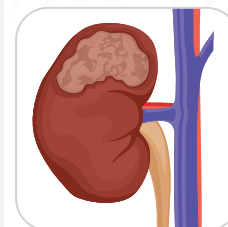
- Le cancer est une maladie qui se développe à partir d'une cellule, initialement normale, qui va se dérégler et se transformer. Elle va ensuite se multiplier de manière incontrôlée et produire un amas de cellules anormales : c'est la tumeur cancéreuse.

LE CANCER DU REIN ¹

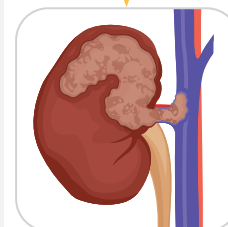


- Dans la majorité des cas, le cancer du rein se développe à partir d'une cellule du **parenchyme rénal**. Cette partie du rein contient des millions de petites structures, appelées néphrons, qui permettent de filtrer le sang et de produire l'urine.
- Ce type de cancer du rein est appelé **carcinome à cellules rénales**.

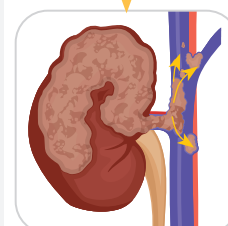
QU'EST-CE QUE LE CANCER DU REIN AU STADE MÉTASTATIQUE ? ¹



- Au départ, lorsque le cancer se développe, les cellules cancéreuses sont peu nombreuses et restent à l'intérieur du rein. On parle de **CANCER LOCALISÉ**.



- En l'absence de mise en place d'un traitement, les cellules cancéreuses deviennent de plus en plus nombreuses avec le temps et la taille de la tumeur augmente. Elle va alors envahir les tissus et organes voisins. On parle de **CANCER LOCALEMENT AVANCÉ**.



- Enfin, dans certains cas, des cellules cancéreuses vont se détacher de la tumeur primitive et aller envahir d'autres parties du corps comme les ganglions lymphatiques, les poumons, les os... où elles vont former des métastases. On parle de **CANCER AVANCÉ/MÉTASTATIQUE**.

LE CANCER DU REIN EN FRANCE ^{1,5}

+ de 17 000 nouveaux cas par an*
2 fois plus d'hommes que de femmes*
65 ans, c'est l'âge moyen au diagnostic

* Chiffres 2023.



COMPRENDRE MON TRAITEMENT ¹

COMMENT EST CHOISI MON TRAITEMENT ? ¹

- Il existe plusieurs types de traitements dans le cancer du rein métastatique (voir double page suivante). Le choix du traitement le plus adapté se fait à partir des résultats des examens réalisés lors du bilan diagnostique.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE



- EXAMEN CLINIQUE** : Il sert à déceler les signes visibles du cancer du rein. L'examen est réalisé lors d'une consultation qui se déroule en 2 temps :
 - Entretien avec le patient : prise d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, recherche de facteurs de risques et de symptômes (sang dans les urines, douleurs, masse au niveau des lombaires).
 - Examen de la région lombaire, des ganglions à la base du cou, des bourses et des jambes.



- ÉCHOGRAPHIE DE L'ABDOMEN** : Pratiquée par un radiologue, elle permet de réaliser des images du rein, et des autres organes examinés.



- SCANNER DE L'ABDOMEN** : Examen de référence dans le diagnostic du cancer du rein, il permet d'évaluer son extension (dans le rein et en dehors). Le scanner est également appelé tomodensitométrie (TDM).



- IRM* DE L'ABDOMEN** : Parfois réalisée en complément du scanner pour collecter des informations supplémentaires sur la tumeur. Elle remplace le scanner dans certains cas spécifiques (allergie, grossesse ou insuffisance rénale).

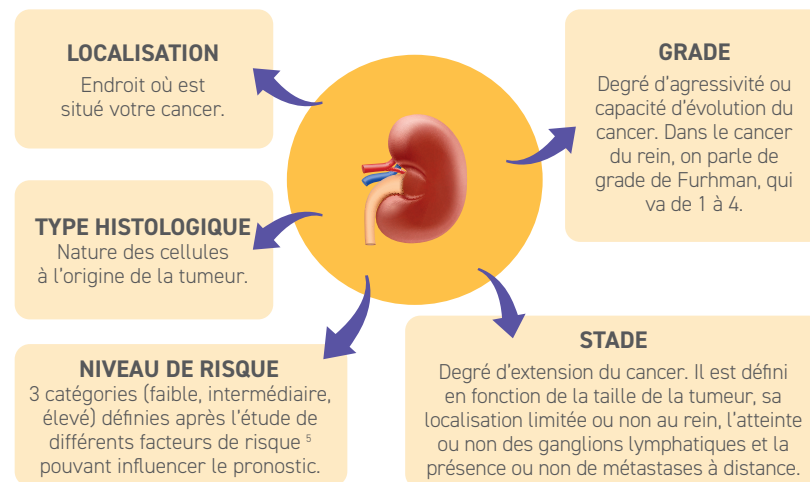


- ANALYSES SANGUINES** : Adaptées à chaque patient, elles permettent d'évaluer la quantité des différentes cellules sanguines et d'évaluer la fonction rénale.

* IRM : imagerie par résonance magnétique.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA TUMEUR

- Les résultats obtenus permettent de déterminer plusieurs caractéristiques de la tumeur, qui vont être prises en compte dans le choix du traitement.



- En plus des caractéristiques liées au cancer, des paramètres liés au patient sont également pris en compte dans la décision du traitement : âge, antécédents médicaux, existence d'une forme familiale, état de santé global, contre-indications particulières et souhaits particuliers.

Le choix du traitement est discuté dans le cadre d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**, qui rassemble au moins 3 médecins de spécialités différentes.

En étudiant votre situation et à partir des recommandations officielles, ils établissent une proposition de traitement.

Cette proposition vous sera ensuite présentée lors d'une consultation dédiée, appelée **consultation d'annonce**. L'équipe soignante vous expliquera les caractéristiques de votre cancer, les traitements proposés, ainsi que les bénéfices et les effets indésirables potentiels.

Les modalités de votre traitement seront ensuite décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)** qui comporte toutes les dates de vos traitements, leur durée, etc.



COMPRENDRE MON TRAITEMENT ¹⁻³

- Plusieurs traitements sont disponibles dans la prise en charge du cancer du rein : la chirurgie ou les médicaments anticancéreux. La chirurgie est réservée aux cancers du rein localisés ou localement avancés et ne sera pas abordée dans ce document.
- Aujourd'hui, dans la prise en charge du cancer du rein avancé/métastatique, il existe principalement 2 types de médicaments anticancéreux : les thérapies ciblées et l'immunothérapie.
- Ces traitements permettent de ralentir ou stopper la progression de la maladie et de soulager les symptômes.

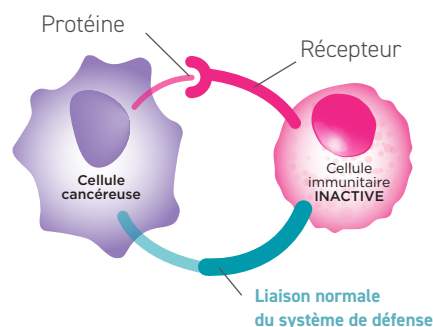
L'IMMUNOTHÉRAPIE ^{1,6}



Objectif du traitement

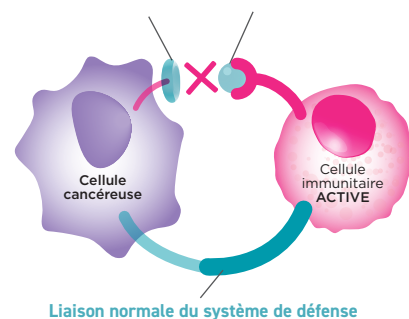
Réactiver le système immunitaire

Liaison avec le récepteur provoquant l'inactivation du lymphocyte T



- Les cellules cancéreuses sont capables de déclencher des mécanismes qui **inactivent les cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T**.
- Une fois inactivés, ces derniers **ne peuvent plus détruire les cellules cancéreuses**.

Blocage de la liaison par l'immunothérapie qui réactive le lymphocyte T



- **L'immunothérapie** permet de bloquer ces mécanismes d'inactivation déclenchés par les cellules cancéreuses afin de **réactiver le système immunitaire**, qui peut alors **attaquer les cellules cancéreuses**.

LES THÉRAPIES CIBLÉES ^{1,7}



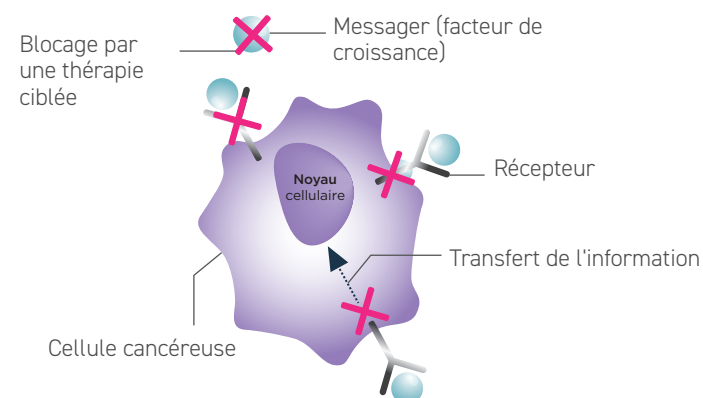
Objectif du traitement

Bloquer la prolifération des cellules tumorales et empêcher la formation de nouveaux vaisseaux sanguins

L'action des thérapies ciblées consiste à bloquer la transmission d'informations permettant aux cellules cancéreuses de se diviser et de proliférer de façon anarchique.

Il existe différents types de thérapies ciblées, qui agissent à plusieurs niveaux de la cellule tumorale ou de son environnement :

- **Sur les facteurs de croissance**, qui sont les messagers qui déclenchent la transmission d'informations au sein de la cellule, permettant sa croissance ou la fabrication de nouvelles cellules.
- **Sur les récepteurs des facteurs de croissance**, qui permettent de transférer l'information à l'intérieur de la cellule.
- **Sur des éléments à l'intérieur de la cellule cancéreuse**, afin de bloquer la multiplication des cellules cancéreuses, et ainsi limiter leur propagation.
- **Sur la formation de vaisseaux sanguins**, appelée angiogenèse, afin d'empêcher le développement de la tumeur.





MON TRAITEMENT ^{1,8}

RESPECTER LES MODALITÉS D'ADMINISTRATION ET LES DOSES DE VOTRE TRAITEMENT ⁸

Lisez attentivement la notice associée à votre traitement.
En cas de besoin, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.



- Afin d'obtenir une efficacité optimale de votre traitement, il est important de bien respecter les modalités de prise prescrites par votre médecin.
- Pour vous aider, des tableaux de suivi sont à votre disposition à partir de la page 52, afin d'y noter quotidiennement les prises.



Posologie

Assurez-vous de respecter la dose prescrite à chaque fois que vous prenez un médicament



Horaires et fréquence des prises

Respectez les horaires et le nombre de prises par jour ou par semaine



Modalités de prise

D'une manière générale, les comprimés/gélules doivent être avalés à l'aide d'un grand verre d'eau. Selon les traitements, la prise doit se faire à jeun ou, au contraire, pendant le repas.



En cas d'oubli, que faire ?

La conduite à tenir en cas d'oubli d'une dose dépend du traitement prescrit.

Consultez la notice associée à votre médicament et contactez votre équipe soignante ou votre pharmacien.

Informez votre médecin de toute dose oubliée en la consignant dans les tableaux de suivi figurant dans ce carnet.



Combien de temps va durer mon traitement ? ¹

La durée de votre traitement dépend de son efficacité et de la survenue potentielle d'effets indésirables.

D'une façon générale, tant que le traitement empêche la tumeur de se développer et qu'il est bien toléré, il sera poursuivi.

Votre médecin spécialiste peut être amené à modifier la dose de votre traitement, à le suspendre temporairement ou à l'arrêter définitivement.

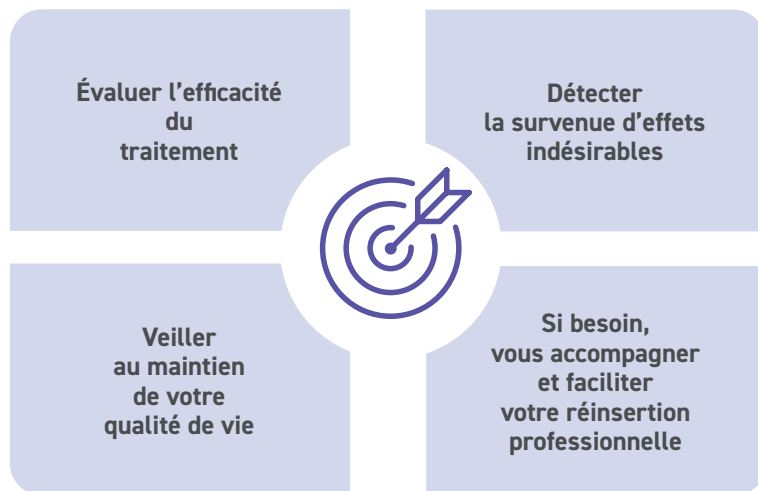


MON TRAITEMENT 9

QUEL SERA MON SUIVI PENDANT MON TRAITEMENT ?

- Tout au long de votre traitement, un suivi médical adapté à votre situation vous sera proposé. Il sera coordonné par votre médecin traitant et votre oncologue, qui feront le lien avec les autres professionnels de santé impliqués : urologue, médecin du travail, infirmier, pharmacien, psychologue...

OBJECTIFS DU SUIVI



QUELS EXAMENS PROPOSÉS PENDANT MON SUIVI ?



- **EXAMENS CLINIQUES** : discussion (interrogatoire) et examen clinique du patient



- **EXAMENS BIOLOGIQUES** : Analyses de sang pour contrôler le bon fonctionnement des organes.



- **EXAMENS RADIOLOGIQUES** : Scanner ou IRM* de l'abdomen ou du thorax, afin d'évaluer l'efficacité du traitement.

Des examens complémentaires pourront être réalisés en fonction de vos symptômes.



Examens de suivi, à quelle fréquence ?

La fréquence des consultations et les examens réalisés sont déterminés par votre équipe médicale en fonction des caractéristiques de votre cancer.

Dans le cas d'un cancer du rein métastatique, le suivi est prévu tout au long de votre traitement.

Afin d'assurer un suivi optimal de votre traitement et de l'évolution de votre cancer, il est important de respecter les consultations et les suivis convenus avec l'équipe soignante.



* IRM : imagerie par résonance magnétique.



QUESTIONS À POSER

À MON ÉQUIPE SOIGNANTE

- Suite à l'annonce du diagnostic de cancer, il est normal de vous poser des questions.
- Vous trouverez ci-dessous des exemples de questions à poser à votre équipe soignante sur votre cancer et sa prise en charge.

QUESTIONS RELATIVES À L'ANNONCE DU CANCER

- Où mon cancer est-il situé ?
- Quelle est son étendue ? Sa gravité ?
- Quelles sont les solutions de traitement ?

QUESTIONS RELATIVES AU TRAITEMENT

- Quels sont les objectifs de mon traitement ?
- Comment mon traitement a-t-il été choisi ?
- Comment mon traitement est-il administré ?
- Où se déroule le traitement ?
- Combien de temps va durer le traitement ?
- Quels sont les effets indésirables possibles ?
- Quand dois-je prendre mes médicaments ? À quelle dose ?
- Quelles précautions prendre pour manipuler mes médicaments ?
- Que faire si je n'ai pas pris les médicaments selon les indications du médecin : en cas d'oubli ou si j'ai pris une trop forte dose ?
- Où et comment dois-je conserver les médicaments ?
- Que faire lorsque j'ai des difficultés à avaler les médicaments ? Est-ce que je peux les couper, les écraser ou les dissoudre dans du liquide chaud ou froid ?
- Y a-t-il des aliments ou des boissons interdits pendant le traitement ?
- Suis-je autorisé à poursuivre la prise d'autres médicaments ?
- Puis-je pratiquer une activité physique pendant le traitement ?

QUESTIONS RELATIVES À MON SUIVI

- Quelle est la fréquence de mes rendez-vous et examens de suivi ?
- Quels sont mes potentiels examens de suivi ?

VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS ?

Vous pouvez les noter dans les encarts prévus à cet effet dans la section « SUIVI »



gettyimages
Credit: Maskot

SURVEILLER ET AGIR



RÉAGIR EN CAS D'EFFETS INDÉSIRABLES^{1,10}



Comme tout médicament, votre traitement peut être à l'origine d'effets indésirables, plus ou moins graves.

La survenue d'effets indésirables n'est pas systématique et dépend du traitement prescrit, du dosage, et de la manière dont réagit votre organisme.

L'application de quelques règles hygiéno-diététiques peut prévenir la survenue de certains effets indésirables

En cas d'apparition d'effets indésirables, prévenez immédiatement votre équipe soignante, qui saura les prendre en charge et adapter si besoin votre traitement.

En fonction de l'effet indésirable rencontré et de sa sévérité, votre médecin pourra modifier ou interrompre temporairement votre traitement voire l'arrêter définitivement.



EXEMPLES D'EFFETS INDÉSIRABLES LES PLUS FRÉQUENTS

POUVANT SURVENIR AVEC UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PAR IMMUNOTHÉRAPIE ET THÉRAPIE CIBLÉE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

- Hypertension artérielle
- Diarrhée
- Nausées et vomissements
- Diminution de l'appétit et perte de poids
- Troubles cutanés (rashes, démangeaisons, syndrome main-pied)
- Fatigue
- Lésions de la bouche (mucite et stomatite)
- Diminution des globules blancs, rouges et plaquettes

D'autres effets indésirables peuvent également survenir, en fonction du médicament utilisé :

essoufflement ou toux (bronchopneumopathie non infectieuse) ; maux de tête, vertiges, somnolence ; troubles métaboliques (modifications du taux sanguin de calcium, de glucose ou de cholestérol par exemple) ; saignements de nez ; dysfonctionnement des reins ; douleurs musculaires et articulaires ; infections ; dépression ; perte de cheveux (rare)

*Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>*



Les pages suivantes vous présenteront quelques conseils hygiéno-diététiques pour vous aider à gérer au mieux les effets indésirables les plus fréquents.

CONSEILS PRATIQUES

POUR PRÉVENIR LA SURVENUE D'EFFETS INDÉSIRABLES ^{1,11-16}

GARDEZ UNE ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE ^{11,12}



- Il est recommandé d'éviter une prise de poids trop importante pendant le traitement. Néanmoins, il est déconseillé de mettre en place des régimes restrictifs. Sans contre-indications particulières, vous devez suivre les recommandations générales pour une bonne alimentation :

À PRIVILÉGIER

- Volaille
- Poisson
- Féculents complets
- Produits laitiers
- Fruits et légumes
- Légumes secs

À LIMITER

- Viandes rouges et charcuterie
- Produits salés et sel
- Aliments gras, sucrés, ultra transformés
- Boissons sucrées
- Alcool

- » Votre alimentation et votre poids seront surveillés régulièrement pendant le traitement. En cas de difficultés, votre médecin pourra vous orienter vers un diététicien.

ENVISAGEZ L'ARRÊT DU TABAC ¹



- Le tabac est un des principaux facteurs de risque du cancer du rein. Afin de réduire le risque de complications, il est recommandé d'arrêter votre consommation de tabac.
- » Vous êtes fumeur ? Parlez-en à votre médecin traitant, qui vous proposera une prise en charge adaptée et vous orientera si nécessaire vers des structures spécialisées.

MAINTENIR UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ^{1,13-16}



- En l'absence de contre-indications, il est tout à fait possible de continuer à pratiquer une activité physique.

Il est aujourd'hui prouvé que l'activité physique apporte de nombreux bénéfices chez les patients atteints de cancer.

La pratique d'une activité physique permet de préserver la qualité de vie en :

- Améliorant la tolérance aux traitements
- Renforçant l'estime de soi
- Diminuant la fatigue, la douleur, le stress, la dépression, les troubles cognitifs, la prise de poids

Pour observer des bénéfices, l'activité physique doit être pratiquée de façon régulière et avec une intensité adaptée.

Le plus important reste de limiter la sédentarité car la pratique d'une activité physique, même à un faible niveau, reste bénéfique.



Quelques conseils

- Variez les activités : activité cardiorespiratoire, renforcement musculaire, assouplissements, exercices d'équilibre.
- Demandez conseils à votre médecin : en fonction des caractéristiques de votre cancer, une activité physique adaptée (APA) peut vous être prescrite. Vous serez alors accompagné par un professionnel qui établira avec vous un programme personnalisé.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>



CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES ¹⁷⁻²⁰

HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA)



- Votre traitement peut induire une hypertension artérielle ou déstabiliser une hypertension artérielle jusqu'alors bien contrôlée. C'est pour cette raison qu'il est très important de surveiller votre tension artérielle.



L'HTA est définie par une tension artérielle systolique de 140 mmHg ou plus et/ou une tension artérielle diastolique de 90 mmHg ou plus confirmée(s).¹⁷

À QUEL RYTHME SURVEILLER LA PRESSION ARTÉRIELLE ?

Selon les recommandations de votre médecin en fonction du traitement qu'il vous a prescrit, la tension artérielle doit être contrôlée par votre médecin ou un professionnel de santé.

» **Votre traitement pourra également nécessiter une surveillance de votre tension artérielle par un appareil d'automesure.**

QUELS SONT LES SYMPTÔMES À SURVEILLER ? ¹⁸

L'hypertension artérielle peut se manifester par les symptômes suivants :

- maux de tête, permanents ou culminants le matin au réveil,
- vertiges,
- troubles de la vue,
- palpitations cardiaques,
- sueurs,
- saignements de nez.

» **En présence d'un de ces symptômes, contactez rapidement votre médecin.**

*Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>*



Suivez les conseils ci-dessous afin de limiter le risque d'hypertension artérielle.¹⁹

+ À PRIVILÉGIER

- Mesurer ou faire mesurer votre tension artérielle selon les recommandations de votre médecin.
- Limiter le plus possible la quantité de sel absorbée : réduire la consommation de préparations culinaires industrielles, de céréales, de pain, de fromages, de charcuteries... souvent riches en sel.
- Incorporer davantage de fruits et légumes dans l'alimentation (au moins 5 portions de 80 g de fruits et légumes/jour).
- Limiter votre consommation d'alcool.
- Réduire votre poids, en cas de surcharge pondérale.
- Pratiquer une activité physique régulière, adaptée à votre état clinique.

- À ÉVITER

- Surconsommation de sucres, féculents, viande rouge et graisses.
- Consommation de tabac.



Automesure de la pression artérielle ²⁰

- Réaliser les mesures après 5 minutes, au repos, en position assise
- Installer l'appareil sur une table
- Adopter la bonne position : assis, avant-bras posé sur la table, coude fléchi, brassard à hauteur du cœur
- Ne pas parler ni bouger pendant les mesures
- Choisir toujours le même bras pour effectuer les mesures
- Suivre la règle des 3 : 3 mesures consécutives le matin (avant le petit-déjeuner et toute prise de médicament) et le soir (avant le coucher, à 1-2 minutes d'intervalle)
- Effectuer le relevé tous les jours et noter les résultats dans votre tableau de suivi

3



CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES^{21,22}

FATIGUE²¹

- La fatigue se traduit par une difficulté à réaliser des efforts physiques et à maintenir une activité intellectuelle. Liée à un cancer, elle n'est pas soulagée par le repos. Il est possible de ressentir une grande fatigue sans effort particulier ou un affaiblissement général de l'organisme (appelé asthénie).

» La fatigue est un effet indésirable fréquent qui peut être traité. Parlez-en avec votre équipe médicale.



Pour faire face à la fatigue, vous pouvez suivre les conseils ci-dessous afin d'adapter votre quotidien.

+ À PRIVILÉGIER

- Fixer des priorités journalières et hebdomadaires.
- Faire la part des choses entre ce qui est accessoire et ce qui est nécessaire.
- Donner la priorité aux activités qui vous font plaisir.
- Tenir compte de son rythme personnel et des moments de la journée où l'énergie ou la fatigue sont les plus présentes.
- Prévoir des moments de repos dans la journée ou dans la semaine.
- Anticiper les moments de fatigue et prévoir des moments de repos après.
- Déléguer certaines tâches (cuisine, courses, ménage, etc.) à l'entourage ou aux professionnels d'aide à domicile.
- Organiser la garde des enfants.
- Faire une liste la veille au soir pour le lendemain de ce qui doit être fait.
- Prendre du repos au moment où l'on en a besoin.
- Pratiquer une activité physique modérée régulière, dans la mesure du possible.

- À ÉVITER

- Faire des siestes trop longues : il est important de doser la durée du repos pour continuer à bien dormir la nuit. Conseil : se reposer dans un fauteuil en position allongée ou assise permet de limiter la durée du sommeil.

DIARRHÉE²²

- Votre traitement peut-être à l'origine d'une diarrhée.



Pour prévenir ou soulager la diarrhée, vous pouvez appliquer les conseils ci-dessous, afin d'adapter votre alimentation et éviter la déshydratation.

+ À PRIVILÉGIER

- Avoir une alimentation pauvre en fibres, à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.
- Boire au moins 2 litres de liquide par jour pour éviter la déshydratation (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante).

- À ÉVITER

- Le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et les légumes crus, les céréales et le pain complet.



Quand consulter votre médecin ?

Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit. Si les diarrhées persistent ou si elles sont associées à de la fièvre ou à des vomissements, informez-en rapidement votre médecin.



Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>



CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES^{1,22,23}

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS^{1,22}

- Votre traitement ou l'anxiété liée à la maladie peuvent être à l'origine de nausées et de vomissements.
- La manière de composer vos repas au quotidien peut diminuer les nausées et les vomissements.



Suivez les conseils ci-dessous pour limiter la survenue de ces effets indésirables.

À PRIVILÉGIER

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Consommer des boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment qui aident parfois à diminuer les nausées.
- Manger lentement afin de faciliter la digestion.
- Manger légèrement avant et après le traitement.

À ÉVITER

- Boire pendant les repas. Essayer plutôt de boire avant ou après.
- Les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Le tabac.



Quand consulter votre médecin ?

Des médicaments antiémétiques sont souvent prescrits avant ou pendant le traitement pour réduire les risques de nausées et de vomissements. Si des nausées et vomissements apparaissent malgré ce traitement préventif, signalez-le à votre médecin.



DIMINUTION DE L'APPÉTIT²³



- Votre traitement, la douleur, l'anxiété ou la maladie elle-même peuvent affecter votre appétit.



Suivez les conseils ci-dessous afin d'adapter la façon de vous alimenter au quotidien et retrouver votre appétit.

À PRIVILÉGIER

- Manger 6 à 8 fois par jour de petites quantités d'aliments.
- Privilégier les aliments riches en calories et protéines sous un faible volume :
 - dés de jambon, fromage ou crème de gruyère, rondelles de saucisson, chips, gâteaux apéritifs...
 - flan, gâteau de semoule ou de riz, glace, fromage frais, yaourt, petits suisses, fromage blanc, fruits secs, compote, céréales au lait, barre de céréales...
- Consommer les aliments que vous aimez.
- Assaisonner les plats (herbes aromatiques, aromates).
- Pratiquer un exercice physique modéré comme la marche.

À ÉVITER

- Le tabac.
- Prendre les repas seul.
- Les repas trop proches des prises de traitements.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

23. La Ligue contre le cancer. Alimentation et cancer. Comment s'alimenter pendant les traitements ? Novembre 2017.



CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES^{1,22,23}

PERTE DE POIDS²³



- Qu'elle soit liée ou non à une diminution de l'appétit, une perte de poids peut survenir pendant votre traitement.



Suivez les conseils ci-dessous pour savoir comment enrichir votre alimentation.

À PRIVILÉGIER

- Prévenir son médecin et ne pas attendre que la perte de poids soit importante.
- Ajouter à son alimentation des potages, des purées, des desserts enrichis.
- Consulter son médecin qui pourra prescrire des compléments nutritionnels.
- Les compléments nutritionnels oraux doivent être consommés moins de 1h30 avant le repas. Si besoin, ils peuvent être pris en fractionnés en plusieurs prises au cours de la journée. Une fois ouverts, ils doivent être conservés au réfrigérateur et consommés dans les 24h.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

23. La Ligue contre le cancer. Alimentation et cancer.
Comment s'alimenter pendant les traitements ? Novembre 2017.

TROUBLES CUTANÉS^{1,22}



- Votre traitement peut être à l'origine de troubles cutanés : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement... Parmi les troubles cutanés, on retrouve le syndrome main-pied. Il se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, entraînant des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.



Suivez les conseils ci-dessous afin d'adopter de bons réflexes au quotidien et limiter la survenue de ces effets indésirables.

À PRIVILÉGIER

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau.
- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

À ÉVITER

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche et la course à pied.



Quand consulter votre médecin ?

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge ou sensible, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments prescrits par votre médecin ou des soins locaux peuvent les soulager.





CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES ^{1,22,24}

LÉSIONS DE LA BOUCHE (mucite, stomatite) ²⁴

- Votre traitement peut être à l'origine de lésions à l'intérieur de votre bouche (aphtes, douleurs, rougeurs).
- Ces problèmes de bouche sont appelés **mucite** (inflammation de la muqueuse) ou **stomatite** (mucite de la bouche avec rougeur, sensations de brûlures et aphtes).



Conseils pratiques pour prévenir l'apparition de ces lésions.

+ À PRIVILÉGIER

- Réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin après les repas.
- Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple.
- Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe.
- Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola).
- Privilégier les aliments moelleux ou mixés.
- S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (vaseline, beurre de cacao).

- À ÉVITER

- Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas.
- Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure.
- Le tabac et l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.
- Les aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.



DIMINUTION DES GLOBULES BLANCS ^{1,22}

- La diminution des globules blancs entraîne un affaiblissement du système immunitaire, ce qui diminue la capacité de l'organisme à se défendre contre les infections.



Conseils pratiques en cas de diminution des globules blancs. ^{1,22}

+ À PRIVILÉGIER

- Consommer des fruits et légumes crus qui s'épluchent et qui sont préparés au dernier moment.

- À ÉVITER

- Le contact avec des personnes enrhumées, grippées ou qui ont des maladies infectieuses (varicelle, herpès, etc.).
 - Prendre les transports en commun.
 - Les travaux qui soulèvent de la poussière.
 - Aller à la piscine.
 - La foule.
 - Les aliments tels que les crustacés, le lait cru et les fromages au lait cru, les œufs durs, la charcuterie à la coupe, les pâtisseries à la crème du commerce, la consommation de légumes ou de fruits crus.
 - Manipuler des fleurs coupées.
 - Toucher les animaux domestiques et leurs excréments.
- **En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin traitant ou contactez votre équipe soignante à l'hôpital.**

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

CONDUITE À TENIR FACE

AUX EFFETS INDÉSIRABLES ²²

DIMINUTION DES PLAQUETTES ²²



- Une diminution des plaquettes peut entraîner un risque d'hémorragie notamment lors de coupures accidentelles, il est possible de prévenir ce risque :



Conseils pratiques en cas de diminution de plaquettes. ²²

+ À PRIVILÉGIER

- Utiliser un rasoir électrique et une brosse à dents souple.
- Signaler tout traitement anticoagulant pris par ailleurs.

- À ÉVITER

- L'aspirine ou les produits en contenant.
- Prendre sa température par voie anale.

Il est important de surveiller et signaler au médecin les symptômes suivants :

- » des saignements de nez,
- » des saignements anormaux des gencives lors du brossage des dents,
- » une apparition inhabituelle de bleus ou de petites taches rouges ou mauves sur la peau,
- » plus rarement, des selles noires et d'odeur fétide, la présence de sang dans les urines ou dans les selles, des vomissements.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

QUESTIONS À POSER

À MON ÉQUIPE SOIGNANTE

Retrouvez ci-dessous des exemples de questions à poser à votre équipe soignante concernant les effets indésirables de vos traitements.

- Que puis-je faire en cas d'apparition d'un ou plusieurs effets indésirables ?
- Y a-t-il des effets indésirables à signaler immédiatement ?
À qui puis-je m'adresser dans ce cas ?
- En cas d'urgence (malaise, douleur intense, etc.) ou de simple question, qui appeler ?
- Y a-t-il des aliments à proscrire durant le traitement ?
À privilégier ?
- Y a-t-il des activités à éviter durant le traitement ?
Des activités à favoriser ?
- Au niveau de la libido, y a-t-il des conséquences à prévoir ?
Et sur la fertilité ?

VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS ?

Vous pouvez les noter dans les encarts prévus à cet effet dans la section « SUIVRE »



gettyimages®
Credit: Maskot

MON SUIVI

gettyimages®
Credit: Mikael Vaisanen



PRÉPARER MES RENDEZ-VOUS²⁵

Tout au long de votre traitement, vous verrez régulièrement, en consultation ou au cours d'hospitalisations, les médecins qui vous suivent.

Ils vous informeront de votre état de santé actuel et de l'évolution de la maladie face aux traitements.

Ces consultations sont aussi l'occasion de discuter avec votre équipe soignante de tout ce qui peut vous préoccuper ou des questions que vous vous posez. N'hésitez pas à lui en parler.

A l'occasion de vos rendez-vous avec votre médecin spécialiste, n'hésitez pas à discuter avec les infirmiers du service où vous êtes suivi. Ils connaissent bien votre maladie, les traitements, les potentiels effets indésirables, etc. Ils sont là pour vous conseiller, vous orienter et vous rassurer si besoin.

Entre deux consultations avec votre médecin spécialiste, si vous constatez la survenue de symptômes qui vous inquiètent, ne tardez pas à les signaler. Votre médecin pourra alors déterminer ce qu'il convient de faire.



Si vous ressentez un quelconque effet indésirable au cours de votre prise en charge, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans les notices de vos médicaments.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité des médicaments.

25. La Ligue contre le cancer. Préparer ses consultations pendant et après un cancer. 2016.

AVANT CHAQUE RENDEZ-VOUS

- ✓ **Notez dans ce carnet les éventuels effets indésirables**
- ✓ **Notez les questions que vous pourriez avoir**
- ✓ **Demandez à un proche ou un ami de vous accompagner pour vous aider à prendre des notes ou à vous aider à vous souvenir de toutes les informations délivrées pendant la consultation**
- ✓ **N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez, que ce soit sur votre maladie, les examens nécessaires, les traitements possibles si le diagnostic est confirmé**



gettyimages®
Crédit: shapecharge

SUIVRE MON TRAITEMENT ET MES RENDEZ-VOUS

Dans les pages suivantes, vous trouverez vos calendriers de suivi, afin de suivre :

- la prise de votre traitement,
- la survenue des effets indésirables,
- votre poids,
- votre tension artérielle.

Grâce à un remplissage quotidien, ce carnet de suivi permettra de rassembler les informations nécessaires à votre équipe soignante pour optimiser votre prise en charge.



MON TRAITEMENT

TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée)



Mon traitement oral :

Posologie initiale et fréquence :

Moment de la prise :

☐ À jeun

☐ Pendant les repas

☐ Autre :

Schéma posologique, en cas de modalités particulières :

TRAITEMENT INTRAVEINEUX (immunothérapie)



Mon traitement intraveineux :

Posologie initiale et fréquence :

Schéma posologique, en cas de modalités particulières :

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 1

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

MOIS 1

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 2

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 3

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 4

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 5

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 6

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 7

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 8

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration. Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 9

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 10

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

MOIS 10

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 11

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu

PRISE DU TRAITEMENT ORAL (thérapie ciblée),
POIDS, NOUVELLE POSOLOGIE

MOIS 12

Cochez la case lorsque vous avez pris votre traitement et indiquez votre poids une fois par semaine. Vous pouvez également indiquer votre nouvelle posologie en cas de changement de celle-ci par votre médecin.

JOUR	PRISE TRAITEMENT (heure si applicable)	NOUVELLE POSOLOGIE (si changement au cours du mois)	POIDS (Kg)
1	☐		
2	☐		
3	☐		
4	☐		
5	☐		
6	☐		
7	☐		
8	☐		
9	☐		
10	☐		
11	☐		
12	☐		
13	☐		
14	☐		
15	☐		
16	☐		
17	☐		
18	☐		
19	☐		
20	☐		
21	☐		
22	☐		
23	☐		
24	☐		
25	☐		
26	☐		
27	☐		
28	☐		
29	☐		
30	☐		
31	☐		

TENSION ARTÉRIELLE

Notez ici vos 3 mesures de tension artérielle prises le matin et le soir
(retrouvez les bonnes pratiques d'automesure de l'hypertension en page 35)

Notez ici les valeurs de vos 3 mesures
de tension artérielle le matin

Notez ici les valeurs de vos
3 mesures de tension artérielle le soir

JOUR	TENSION ARTÉRIELLE MATIN			TENSION ARTÉRIELLE SOIR		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES

MOIS 12

Notez ici la date de survenue et de fin des éventuels effets indésirables, et cochez la case correspondant à leur intensité

Effet(s) indésirable(s)	Date d'apparition et de fin		Intensité *
Diarrhée			- ○ ○ ○ ○ +
Nausées			- ○ ○ ○ ○ +
Vomissements			- ○ ○ ○ ○ +
Diminution de l'appétit			- ○ ○ ○ ○ +
Perte de poids			- ○ ○ ○ ○ +
Fatigue			- ○ ○ ○ ○ +
Lésions de la bouches (mucite, stomatite)			- ○ ○ ○ ○ +
Rougeurs ou douleurs palmaires ou plantaires			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +
Autre :			- ○ ○ ○ ○ +

* Indiquez l'intensité de vos symptômes en positionnant une croix entre les 2 indicateurs : - Absence de symptômes / + Symptômes très intenses

MES QUESTIONS / MES REMARQUES :

.....

.....

.....

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Sollicitez votre équipe soignante afin qu'elle vous procure un nouveau carnet de suivi.

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Notez ici les rendez-vous médicaux à venir, le nom du professionnel de santé, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous

Nom du médecin	Date	Heure	Lieu

PROCHAINS EXAMENS

Notez ici les examens à venir, la date, l'heure et le lieu

Examen (prise de sang, échographie,...)	Date	Heure	Lieu



GLOSSAIRE

gettyimages®
Credit: Luis Alvarez

A

ABDOMEN : partie inférieure du tronc située en dessous de la poitrine, couramment appelée ventre.

C

CANCER : maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

CARCINOME À CELLULES RÉNALES : forme de cancer du rein la plus fréquente chez l'adulte. Le carcinome à cellules rénales se développe à partir d'une cellule du parenchyme rénal, la partie du rein qui renferme les néphrons (qui filtrent le sang et produisent l'urine). Il existe plusieurs sous-types de carcinomes à cellules rénales qui se distinguent par l'apparence de leurs cellules lorsqu'on les observe au microscope.

D

DIALYSE : procédé artificiel d'épuration des déchets en excès dans le sang utilisé chez les personnes dont les reins n'assurent plus ou mal leur rôle. On parle aussi d'hémodialyse ou de rein artificiel.

E

ÉCHOGRAPHIE : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran.

EXAMEN CLINIQUE : moment de la consultation au cours duquel le médecin, après avoir posé des questions au patient, l'examine (il l'ausculte, le palpe, etc.).

F

FACTEUR DE CROISSANCE : substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs situés à la surface des cellules.

G

GANGLION LYMPHATIQUE : petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

I

IMMUNOTHÉRAPIE : traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

INSUFFISANCE RÉNALE : réduction de la fonction d'épuration des reins. L'insuffisance rénale est évaluée en mesurant la créatinine dans le sang. Quand les reins fonctionnent normalement, ils filtrent jusqu'à 120 millilitres de sang par minute ; en cas d'insuffisance rénale, ce débit diminue. L'insuffisance rénale peut être faible ou modérée et ne nécessiter qu'une surveillance, ou sévère et imposer un traitement par dialyse.

M

MÉTASTASE : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

MUQUEUSE : revêtement qui tapisse les cavités de l'organisme, comme le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et l'appareil urinaire.

N

NÉPHRON : unité fondamentale du rein qui lui permet d'assurer sa fonction. Le néphron est constitué de deux parties principales : le glomérule, qui filtre le sang et produit l'urine primaire, et le tubule, dans lequel circule l'urine et le long duquel une grande partie des éléments comme l'eau est réabsorbée par l'organisme. Tout ce qui n'est pas réabsorbé le long du tubule, notamment les déchets de l'organisme, est éliminé et forme l'urine définitive. Chaque rein renferme environ un million de néphrons.

S

SCANNER : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

STADE : degré d'extension d'un cancer.

T

THÉRAPIE CIBLÉE : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en reprenant le contrôle sur leur multiplication ou en empêchant le développement des vaisseaux qui les nourrissent.

TUMEUR : grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

TUMEUR PRIMITIVE : tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui vont former des métastases dans d'autres parties du corps.

V

VAISSEAU LYMPHATIQUE : canal par lequel circule la lymphe. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

VAISSEAU SANGUIN : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

RÉFÉRENCES

1. INCa. Les traitements du cancer du rein. Mars 2013.
2. Conseil national de l'ordre des infirmiers. Infirmière de pratique avancée en France. 2017.
3. Hôpital Erasme. ULB. L'infirmière coordinatrice des soins en oncologie. 2014.
4. INCa. Référentiel organisationnel. Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer. 2019.
5. Lapôtre-Ledoux B, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990.
6. INCa. Immunothérapie : mode d'action. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-etimmunotherapie-specifique/Immunotherapie-mode-d-action> (consulté le 03/06/2024).
7. INCa. Thérapies ciblées : mode d'action. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-etimmunotherapie-specifique/Therapies-ciblees-modes-d-action> (consulté le 03/06/2024).
8. Vidal. Comment bien prendre son traitement ? Disponible sur : <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/prendre-traitement/bien-prendre-son-traitement.html> (consulté le 03/06/2024).
9. INCa. Cancer du rein. Suivi. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rein/Suivi> (consulté le 03/06/2024).
10. INCa. Médecine de précision : effets indésirables. Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-etimmunotherapie-specifique/Effets-indesirables> (consulté le 03/06/2024).
11. INCa. Alimentation : pendant et après le cancer. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-etde-protection/Alimentation/Alimentation-pendant-et-apres-le-cancer> (consulté le 03/06/2024).
12. Manger Bouger. Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Disponible sur : <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-lasedentarite> (consulté le 03/06/2024).
13. INCa. Activités physiques et cancer. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Activites-physiques> (consulté le 03/06/2024).
14. Cami. Livret patient. Comprendre les impacts et bénéfices de la thérapie sportive contre le cancer. 2018.
15. Bouillet T. Utilité et mécanismes de l'activité physique en oncologie. Pratiques en nutrition 2021.
16. Cami. Impact et bénéfices. Disponible sur : <https://sportetcancer.com/impacts-benefices#:~:text=L%27activité%20physique%2C%20pratiquée%20pendant,physique%20prolongée%20après%20les%20traitements>. (consulté le 03/06/2024).
17. Blacher J, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. www.sfhta.org. Janvier 2013.
18. INSERM. Hypertension artérielle. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/> (consulté le 03/06/2024).
19. Ameli.fr. Hypertension artérielle (HTA). 2021 Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-arteriellehta> (consulté le 03/06/2024).
20. Ameli.fr. Dépistage et suivi de l'hypertension artérielle : placer le patient au centre de sa prise en charge. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-suivi-de-l-hypertension-arterielle> (mis à jour le 03/06/2024).
21. INCa. Fatigue. Adapter son quotidien. Disponible sur : <https://www.ecancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Adapter-sonquotidien> (consulté le 03/06/2024).
22. INCa. Comprendre la chimiothérapie. Édition actualisée 2011.
23. La Ligue contre le cancer. Alimentation et cancer. Comment s'alimenter pendant les traitements ? Novembre 2017.
24. INCa. Problèmes de bouche. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Nausees-vomissements-diarrhees-etproblemes-de-bouche/Problemes-de-bouche> (consulté le 03/06/2024).
25. La Ligue contre le cancer. Préparer ses consultations pendant et après un cancer. 2016.



SIGNALEMENT DES EFFETS INDÉSIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information des médicaments que vous prenez.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement *via* le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance.

Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité des médicaments.

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE SI VOUS CONSULTEZ UN AUTRE MÉDECIN ?

Si vous consultez un autre médecin pour un autre problème, n'oubliez pas de lui signaler que vous suivez un traitement pour un cancer du rein.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux appréhender votre maladie et faciliter le suivi de votre traitement. Elle contient des informations générales qui ne sont pas forcément adaptées à votre cas particulier et ne se substituent pas aux recommandations des autorités de santé ou à celles des sociétés savantes. Cette brochure ne peut en aucun cas se substituer aux conseils de votre médecin, de votre pharmacien ou de votre équipe soignante. N'hésitez pas à leur demander des précisions sur les points qui ne vous paraîtraient pas suffisamment clairs et à leur demander des informations supplémentaires sur votre cas particulier. Pour plus d'information sur le cancer du rein, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien.