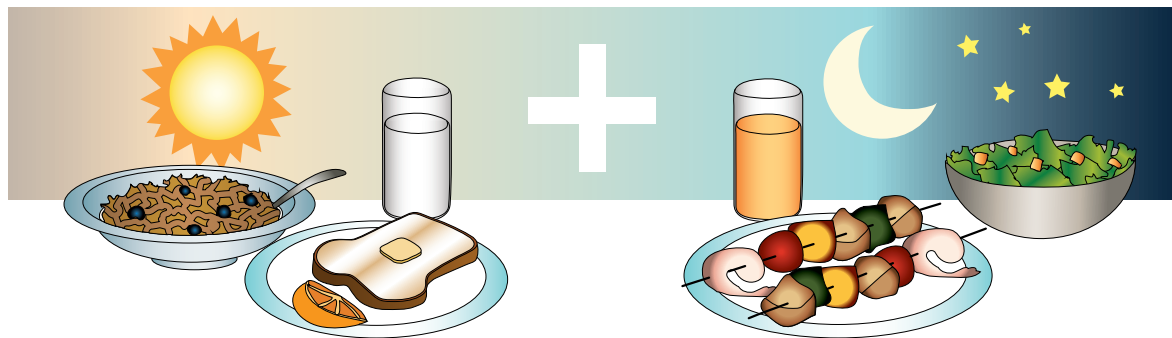


Calendrier de Capecitabine

Dose : _____ comprimé(s) de **500 mg**

_____ comprimé(s) de **150 mg**

Prendre les comprimés 2 fois par jour pour 14 jours, suivi de 7 jours de repos.



Prendre les comprimés 2 fois par jour avec de la nourriture (dans les 30 minutes suivant le déjeuner et le souper).

Arrêter de prendre les comprimés et se présenter à l'urgence si :



Fièvre de **38.0°C (100°F)** OU PLUS pour 1 heure OU **38.3°C (101° F)** ou plus une fois.



Rougeur ou boutons douloureux sur la peau du visage, de la poitrine ou dans la bouche.



Douleur ou serrement à la poitrine (angine).

Arrêter de prendre les comprimés et appelez-nous si :

Contact: _____

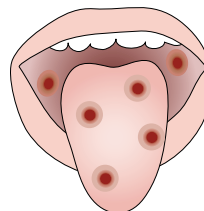
Tél. : 514-934-1934 poste _____ jours de la semaine _____ de _____



Diarrhée - augmentation du nombre de selles (4 ou plus par jour par rapport à vos habitudes) ou augmentation du remplissage de votre sac de stomie.



2 épisodes de vomissements par jour ou plus OU des nausées qui vous empêchent de manger.



Ulcères ou rougeur dans la bouche causant de la douleur.

















Rougeur et enflure sur les mains ou les pieds causant de la douleur.















Nom de patient : _____

MRN# : _____

Semaine 1

1	Jour de la semaine: _____	2	Jour de la semaine: _____	3	Jour de la semaine: _____	4	Jour de la semaine: _____	5	Jour de la semaine: _____	6	Jour de la semaine: _____	7	Jour de la semaine: _____
Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____	
Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	
Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Semaine 2

8	Jour de la semaine: _____	9	Jour de la semaine: _____	10	Jour de la semaine: _____	11	Jour de la semaine: _____	12	Jour de la semaine: _____	13	Jour de la semaine: _____	14	Jour de la semaine: _____
Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____		Date : _____	
Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 		Avez-vous pris votre dose ? <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	
Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____		Des effets secondaires aujourd'hui? <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mains ou pieds enflés/rouges <input type="checkbox"/> Ulcères ou rougeurs dans la bouche <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Semaine 3 (semaine de repos) **NE PAS PRENDRE LA CAPECITABINE**

15	Date: _____	16	Date: _____	17	Date: _____	18	Date: _____	19	Date: _____	20	Date: _____	21	Date: _____
X		X		X		X		X		X		X	
Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?		Des effets secondaires aujourd'hui?	

Rapporter ce calendrier et les comprimés inutilisés à votre prochaine visite à la clinique d'oncologie.
 Disponible au www.educationdespatientscumc.ca