



H205101 - Avril 2019 - Copyright Novartis Pharma SAS

Carnet de suivi Tyverb® + Herceptin® (trastuzumab)

## Carnet de **suivi** Tyverb® + Herceptin® (trastuzumab)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

 **NOVARTIS**

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM  
Version 2 - Mars 2019

**Tyverb**®  
lapatinib



# SOMMAIRE

- 1 • Vos contacts
- 2 • Vos rendez-vous
- 3 • Votre traitement
- 4 • Effets indésirables  
et conseils hygiéno-diététiques (CHD)
- 5 • Conseils des professionnels de santé
- 6 • Votre calendrier de traitement

Pour des informations complètes sur TYVERB<sup>®</sup>, consultez la notice dans la boîte de votre médicament ou sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

# VOS CONTACTS

## COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

## VOTRE MÉDECIN ONCOLOGUE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE INFIRMIER COORDINATEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE PHARMACIEN

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE INFIRMIER LIBÉRAL

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE ASSISTANT SOCIAL

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VOTRE CABINET D'IMAGERIE MÉDICALE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## AUTRES

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Personne(s) à contacter en cas d'urgence

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







# VOTRE TRAITEMENT EN BREF

# VOTRE TRAITEMENT INITIAL

Il se compose de deux médicaments prescrits par votre médecin\* :

- **Tyverb® (lapatinib)** à prendre par voie orale sous forme de comprimés.
- **Herceptin® (trastuzumab)** administré par voie intraveineuse.

**Pour une bonne efficacité du traitement, il est important de suivre le schéma de traitement mis en place par votre médecin et d'en respecter les modalités de prise.**

La durée totale du traitement sera fixée par votre médecin.

(à compléter par votre médecin)

Tyverb®	Herceptin®
<b>doit être pris</b>	<b>doit être administré</b>
 Taille réelle = 2 cm	..... .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>● une fois par jour</li> <li>● au moins une heure avant ou une heure après le même repas</li> <li>● tous les jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● par voie intraveineuse</li> <li>● une fois par semaine</li> </ul>
	Se référer à la prescription de votre médecin.

Tyverb®	Herceptin®
4* comprimés de 250 mg en 1 fois	
au moins 1 heure avant ou après le même repas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dose de charge de 4 mg/kg</li> <li>• puis 1 dose de 2 mg/kg</li> </ul>
.....h.....	
Traitement continu	Traitement hebdomadaire

**Votre médecin procédera à des examens afin de s'assurer que votre cœur et votre foie fonctionnent correctement, avant et pendant votre traitement.**

\* Pour plus d'informations, reportez-vous aux notices respectives de Tyverb® et de Herceptin®.

\* Le nombre de comprimés peut être modifié par votre médecin. Respectez la prescription.

## LORS DES PRISES...

## PRÉCAUTIONS DE STOCKAGE ET DE CONSERVATION

- Avalez les comprimés entiers, sans les croquer avec suffisamment d'eau.
- Ne coupez pas les comprimés et ne les écrasez pas.
- Ne mangez pas de pamplemousse et ne buvez pas de jus de pamplemousse (frais ou en bouteille) pendant la durée de traitement.
- Si vous avez oublié de prendre vos comprimés de Tyverb<sup>®</sup>, ne prenez pas la dose que vous avez oubliée et ne doublez pas la dose suivante, mais au contraire continuez le cours de votre traitement habituel.
- Signalez à votre médecin tout oubli de prise.
- En cas de surdosage, consultez immédiatement votre médecin.
- Lors de la consultation, vérifiez que vous avez assez de comprimés de Tyverb<sup>®</sup> jusqu'à la prochaine consultation, sinon votre médecin vous en prescrira.
- Ne prenez aucun autre médicament sans l'accord de votre médecin car votre traitement a des interactions avec de nombreux autres médicaments.

**Ne laissez pas votre traitement à la portée ou à la vue des enfants.**

**Conservez vos médicaments dans leurs boîtes d'origine, à une température ne dépassant pas 30°C.**

**Veillez à ne pas dépasser les dates de péremption figurant sur les boîtes.**



# EFFETS SECONDAIRES : LES CONNAÎTRE POUR MIEUX LES GÉRER



Pour une information complète sur les effets indésirables, voir notice, rubrique 4 « Quels sont les effets indésirables éventuels ? ». Informez immédiatement votre médecin si l'un ou plusieurs de ces symptômes se manifestent :

- Diarrhées.
- Anomalies au niveau du foie pouvant causer une coloration jaune des yeux ou de la peau (jaunisse), des démangeaisons, des urines foncées, des douleurs ou une gêne dans la région supérieure droite du ventre.
- Toux, essoufflement, douleurs/gênes thoraciques, battements de cœur irréguliers, palpitations pouvant être en rapport avec une inflammation des poumons d'origine médicamenteuse, une augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux sanguins des poumons ou un dysfonctionnement de votre cœur.
- Réaction allergique sévère (éruption cutanée, démangeaisons, rougeurs, respiration sifflante inhabituelle, ou difficulté à respirer, gonflement des paupières, des lèvres et/ou de la langue, douleurs musculaires et/ou articulaires, collapsus et/ou évanouissement).
- Effets sur le fonctionnement du cœur.
- Réaction cutanée grave qui peut induire des démangeaisons, rougeurs, doques sur les lèvres, les yeux ou la bouche, peau qui pèle, fièvre.



Certains effets indésirables peuvent devenir sévères ; aussi, **il est important que vous contactiez votre médecin immédiatement** si vous commencez à ressentir l'un des effets indésirables énoncés ici.

**Suivez les recommandations de votre médecin :  
il peut vous recommander de réduire la dose et/ou d'arrêter  
temporairement le traitement.**

Les traitements qui vous ont été prescrits peuvent entraîner des effets secondaires. Mais rassurez-vous : tous les effets indésirables ne surviennent pas systématiquement !

Il est néanmoins très important que vous les connaissiez afin de pouvoir contacter votre médecin dès leur apparition.

Une prise en charge précoce permettra de les contrôler plus facilement et d'éviter qu'ils ne s'aggravent.

Les autres effets indésirables fréquents et très fréquents qui peuvent survenir pendant votre traitement sont les suivants :

- Vomissements.
- Nausées.
- Perte d'appétit.
- Fatigue inhabituelle.
- Constipation.
- Douleurs au niveau du dos, des mains et des pieds.
- Maux de tête.
- Éruptions cutanées, peau sèche, démangeaisons.
- Affections de l'ongle, telle qu'une infection douloureuse et un gonflement des cuticules.

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.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).

Pour plus d'information, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir d'avantage d'informations sur la sécurité du médicament.

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

## En cas d'apparition d'une diarrhée ou pour la prévenir



### Évitez

- Évitez le café, les boissons glacées, le lait et les produits laitiers.
- Évitez les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool.
- Évitez les compléments alimentaires à base de plantes.



Café



Lait



Alcool



Fruits crus

### Privilégiez

- Buvez deux litres de liquide (8 à 10 verres par jour), que ce soit de l'eau, des boissons énergisantes ou autres boissons (thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante) pour remplacer les fluides et minéraux perdus.
- Mangez plusieurs petits repas par jour.
- Consommez des aliments qui contiennent du sodium et du potassium afin de compenser la perte éventuelle de ces minéraux (bananes, pommes de terre).
- Mangez des aliments non gras, riches en protéines, comme la viande et les œufs, plutôt que les aliments frits, gras ou épicés.
- Privilégiez une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre, bananes bien mûres, gelée de coings, biscottes et carottes.
- Mangez des légumes cuits et pelez les fruits avant de les manger.



Eau



Banane



Viande  
maigre



Pomme pelée  
et crue

**Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera  
et pourra aussi vous prescrire des médicaments  
supplémentaires pour réduire les diarrhées.**

**Suivez toujours les recommandations de votre médecin.**

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

## En cas de vomissements



### Évitez

- Évitez les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Évitez de boire pendant les repas mais buvez plutôt avant ou après (les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées).
- Supprimez le tabac.
- Limitez le contact avec les aliments et les odeurs qui donnent envie de vomir.
- Ne cuisinez pas si vous vous sentez mal et, si possible, confiez cette tâche à d'autres personnes.
- Évitez les activités qui donnent le mal des transports.



Burger



Plat épicé



Frites

**Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera et pourra aussi vous prescrire des médicaments supplémentaires pour réduire les vomissements.**

### Privilégiez

- Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger.
- Commencez avec des petites quantités d'eau, de bouillon ou autre liquide quand vous serez prêt à manger de nouveau. Puis essayez les aliments mous comme les pâtisseries à base de fécule de maïs, les yaourts, les soupes passées, les céréales cuites et égouttées. Recommencez progressivement à manger de la nourriture solide.
- Privilégiez les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégiez plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Mangez lentement afin de faciliter la digestion.
- Mangez léger avant et après le traitement.



Eau



Soupe légère



Yahourt

**Suivez toujours les recommandations de votre médecin.**

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

## En cas de nausées

Changez vos habitudes alimentaires



### Évitez

- Évitez les aliments gras, trop sucrés ou épicés.



Burger



Frites



Chocolat



Plat épicé



Eau



Viande maigre



Cola

- ### Privilégiez
- Mangez avant d'avoir faim.
  - Faites de petits repas tout au long de la journée.
  - Mangez des aliments à température ambiante.
  - Buvez des boissons par petites gorgées toute la journée.
  - Allez manger dans une autre pièce si les odeurs de cuisine vous rendent malade.

## En cas de constipation

Pour prévenir et gérer la constipation



### Privilégiez

- Buvez au moins deux litres d'eau par jour.
- Privilégiez les aliments riches en fibres comme les fruits et les légumes frais, les compotes de pruneaux.
- Faites de l'exercice de façon régulière.
- Buvez un verre d'eau glacée ou un jus de fruit au réveil.
- Consommez modérément des céréales et du pain complet.



Brocolis



Chou



Abricots



Eau



Légumes



Jus de fruit

**Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera et pourra aussi vous prescrire des médicaments supplémentaires pour réduire les nausées.**

**Suivez toujours les recommandations de votre médecin.**

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

## En cas de fatigue ou de sensation de faiblesse

Pour faire face à la fatigue



### Au quotidien

- Établissez des priorités journalières et hebdomadaires.
- Déléguez aux proches et aux amis ce qui est le plus fatigant (cuisine, ménage, courses...).
- Conservez un minimum d'activité si cela est possible (**le repos n'est pas forcément récupérateur**).
- Donnez la priorité aux activités qui font plaisir, que vous vous sentez capable de faire et qui vous stimulent.
- Essayez de pratiquer ces activités au moins trois fois par semaine, si possible avec votre partenaire ou un ami pour vous détendre et vous distraire.
- Espacez les activités et programmez un temps de repos suffisant entre elles.
- Informez votre médecin d'éventuels troubles du sommeil.
- Accepter de demander de l'aide (aide ménagère, soutien psychologique ou autre...).
- Reposez-vous après les repas.

**Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera et pourra aussi vous prescrire des médicaments supplémentaires si nécessaire.**

### Pour les repas

- Buvez au moins deux litres d'eau minérale, de boissons à base de cola, de potages ou de jus de fruits.
- Mangez équilibré et en quantité suffisante.
- Prenez un petit déjeuner copieux.
- Fractionnez les repas sur la journée.
- Gardez à portée de main des collations.
- Un diététicien peut proposer une liste de recettes de plats ou de collations.
- Privilégiez les herbes ou les aromates qui augmentent les goûts des plats et qui stimulent ainsi l'appétit.
- Prenez un repas léger les premiers jours du traitement, froid ou tiède pour limiter les odeurs, ce qui peut réduire les nausées ou les vomissements qui sont source de fatigue.



Cola



Eau



Crackers



Herbes/  
aromates



Jus de fruit

**Suivez toujours les recommandations de votre médecin.**

# CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

## En cas d'apparition d'éruptions cutanées ou pour les prévenir

Votre médecin contrôlera l'état de votre peau  
avant et pendant le traitement



### Privilégiez

- Appliquez une crème émolliente épaisse et sans alcool, deux fois par jour sur les zones sèches.
- Utilisez un démaquillant sans savon.
- Utilisez des savons doux sans alcool (du type savon de Marseille).
- Utilisez des produits de beauté hypo-allergéniques sans parfum.
- Limitez l'exposition au soleil et appliquez une crème écran solaire à large spectre (UVA-UVB) ayant un indice de protection d'au moins 30, contenant de préférence de l'oxyde de zinc ou du dioxyde de titane, 1 à 2 heures avant l'exposition solaire, à renouveler en cas d'exposition prolongée.

**Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera  
et pourra aussi vous prescrire des médicaments  
supplémentaires pour réduire les éruptions et les douleurs.**

## En cas d'affections de l'ongle

Pour prévenir les affections de l'ongle



### Évitez

- Évitez d'utiliser des produits irritants.

### Privilégiez

- Utilisez des produits émollients (vaseline).
- Utilisez des chaussures confortables non traumatisantes pour éviter des pressions sur les ongles des pieds.
- Pratiquez, le cas échéant, des soins de pédicure doux et non traumatisants, surtout pour les cuticules.
- Coupez vos ongles courts, afin d'éviter qu'ils ne se fissurent ou se soulèvent.
- Portez des gants de protection pour le jardinage et les travaux ménagers.

**Suivez toujours les recommandations de votre médecin.**









# COMMENT UTILISER VOTRE CALENDRIER DE TRAITEMENT

- Inscrivez le mois du traitement.
- Chaque mois est présenté sur une double page.
- Vous trouverez ainsi dans ce carnet 12 mois de traitement.
- Pour chaque mois de traitement, indiquez l'heure de la prise des comprimés de Tyverb® (prise unique quotidienne) ainsi que le jour de votre administration de Herceptin®.
- Pour chaque jour de traitement, cochez la prise des comprimés de Tyverb®.
- En cas de modifications de la posologie de Tyverb®, reportez la nouvelle posologie dans votre carnet de traitement.
- Vous pouvez utiliser ce calendrier pour indiquer les effets indésirables ressentis lors du traitement, un oubli de prise ou toutes autres informations que vous jugerez utiles.

		J	J	J	J	J	J	J	J	J	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mois de	<i>Janvier</i>	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tyverb®	4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour										
	<i>7 h.00</i>	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :										
	<i>3 cps à partir de vendredi 7</i>										
Herceptin®			X								X
	Autres traitements										
	<i>Prises d'antalgiques</i>	X	X	X							

## Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

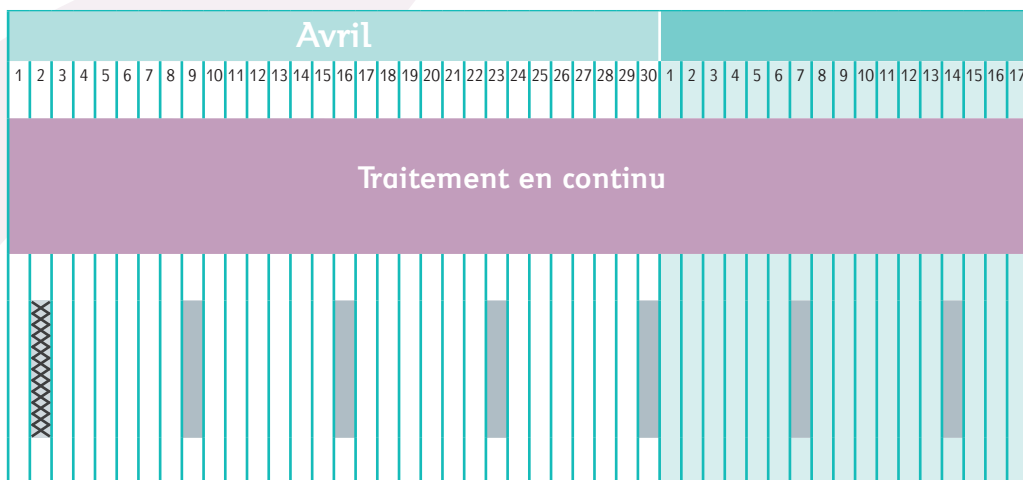
*Diarrhée les 2 premiers jours*

*Oubli de prendre Tyverb® le jeudi 6*



## Votre traitement dans le temps

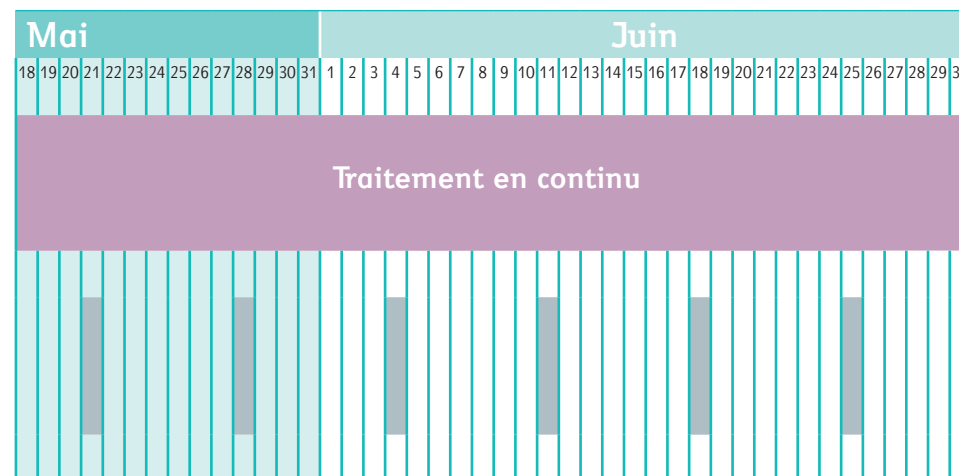
### Exemple de calendrier pour 3 mois





**Tyverb®**

4 comprimés de 250 mg par jour.  
Tous les jours en une seule prise.  
Au moins 1 heure avant ou après le même repas.

Les posologies de traitement peuvent être amenées à être modifiées.



**Herceptin®**

1 administration par semaine par voie intraveineuse.  
 Dose de charge : 4 mg/kg  
 Dose d'entretien : 2 mg/kg

Respectez la prescription du médecin.

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tyverb®**  
4 comprimés  
de 250 mg  
en 1 prise par jour

.....h.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Modification  
de la posologie  
de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :  
.....  
.....  
.....

**Herceptin®**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Autres traitements**  
.....  
.....  
.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observations** (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)  
.....  
.....  
.....  
.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Date/nombre de comprimés à prendre :  
.....  
.....  
.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observations** (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)  
.....  
.....  
.....  
.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :  
.....  
.....  
.....

Herceptin®

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autres traitements

.....  
.....  
.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....  
.....  
.....  
.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :  
.....  
.....  
.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....  
.....  
.....  
.....



J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8 J 9 J 10 J 11 J 12

Mois de


Tyverb®

4 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour

.....h.....


Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....

Herceptin®


Autres traitements

.....

.....

.....


Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

J 13 J 14 J 15 J 16 J 17 J 18 J 19 J 20 J 21 J 22 J 23 J 24 J 25 J 26 J 27 J 28 J 29 J 30 J 31



Date/nombre de comprimés à prendre :

.....

.....

.....



Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

.....

.....

.....

.....

