



H205103 - Avril 2019 - Copyright Novartis Pharma SAS

 **NOVARTIS**

Carnet de suivi Tyverb[®] + Xeloda[®] (capécitabine)



Carnet de **suivi** Tyverb[®] + Xeloda[®] (capécitabine)

Nom _____

Prénom _____

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®, 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

Il se compose de deux médicaments à prendre par voie orale sous forme de comprimés : Tyverb® (lapatinib) et Xeloda® (capécitabine)*.

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. Chaque cure dure 21 jours. Le nombre de cures et la durée totale du traitement seront fixés par votre médecin.

Tyverb® doit être pris tous les jours de la cure et Xeloda® doit être associé uniquement pendant les 14 premiers jours de la cure (voir les calendriers de traitement à la fin du carnet).

Tyverb®

doit être pris



Taille réelle = 2 cm

- une fois par jour
- au moins une heure avant ou une heure après le même repas
- tous les jours.

Xeloda®

doit être pris



150 mg



500 mg

Comprimés de taille non réelle

- 2 fois par jour
- à 12 heures d'intervalle
- pendant le petit déjeuner et le dîner
- ou dans les 30 minutes qui suivent les repas.

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 Xeloda®.

VOTRE TRAITEMENT INITIAL

(à compléter par votre médecin)

Tyverb®

5* comprimés
de 250 mg
en 1 fois

au moins
1 heure
avant ou après
le même repas

.....h.....

Traitement continu

Xeloda®

comprimé(s) à 500 mg

comprimé(s) à 150 mg

Le matin : pendant le petit-déjeuner
ou dans les 30 minutes qui suivent

.....h.....

comprimé(s) à 500 mg

comprimé(s) à 150 mg

Le soir : pendant le dîner
ou dans les 30 minutes qui suivent

.....h.....

Pendant les 14 premiers jours
d'une cure de 21 jours

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

LORS DES PRISES...

- 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[®] (lapatinib) ou de Xeloda[®] (capécitabine), 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[®] et de Xeloda[®] 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.

PRÉCAUTIONS DE STOCKAGE ET DE CONSERVATION

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.
- Plaies douloureuses dans la bouche (si vous notez la présence de plaies douloureuses, de rougeurs ou de gonflements dans la bouche).
- Syndrome main-pied douloureux (si vous avez une douleur, un œdème (gonflement), une rougeur des paumes des mains et/ou de la plante des pieds).
- 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).
- Réaction cutanée grave qui peut induire des démangeaisons, rougeurs, cloques 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.
- Indigestion.
- Douleurs abdominales.
- Constipation.
- Douleurs au niveau du dos, des mains et des pieds.
- Troubles du sommeil.
- 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. 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

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

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

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



Yaourt

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.

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

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

Suivez toujours les recommandations de votre médecin.

CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

En cas d'irritations, de maux de bouche

Si vous notez la présence de plaies douloureuses, de rougeurs ou de gonflement de la bouche



Évitez

- Évitez le tabac et l'alcool surtout dans les semaines qui suivent le traitement.
- Évitez les aliments salés.



Alcool



Crackers

Avertissez immédiatement votre médecin qui vous conseillera et pourra aussi vous prescrire des médicaments supplémentaires pour réduire les irritations et les maux de bouche.

Privilégiez

- Utilisez une brosse à dents souple, un dentifrice doux et un bain de bouche sans alcool. Brossez-vous les dents et les gencives avec précaution.
- Privilégiez une alimentation liquide, froide, facile à avaler, dépourvue d'acidité (vinaigre, épices).
- Buvez beaucoup d'eau, par petites gorgées fréquentes, ou humidifiez-vous la bouche avec un vaporisateur.
- Se brosser les dents après chaque repas, au moins trois fois par jour sauf si cela fait saigner vos gencives.



Eau



Liquide froid

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.

CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

En cas de syndrome mains-pieds douloureux

Si vous avez une douleur, un œdème, une rougeur des mains et/ou des pieds



Évitez

- Évitez les tâches ménagères et les travaux irritants pour les mains.
- Évitez les marches prolongées.

Privilégiez

- Appliquez fréquemment une crème hydratante sur vos mains et vos pieds.
- Portez des chaussures confortables souples et larges.
- Portez des semelles absorbantes à base de mousse ou de gel.
- En cas de zones de peau épaissie et rugueuse sur la plante des pieds, faites procéder à un soin par un pédicure.

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

NOTES

Suivez toujours les recommandations de votre médecin.

COMMENT UTILISER VOTRE CALENDRIER DE TRAITEMENT

Cures

- Inscrivez le numéro de la cure.
- Une cure dure trois semaines (21 jours).
- Chaque cure est présentée sur une double page.
- Vous trouverez ainsi dans ce carnet 12 cures.

Semaines

- Inscrivez les jours et dates des 21 jours de la cure.
- Pour chaque cure, indiquez l'heure de la prise des comprimés de Tyverb® (prise unique quotidienne) ainsi que l'heure des prises de Xeloda®, prescrit par votre médecin (2 prises quotidiennes).
- Pour chaque jour de traitement, cochez la prise des comprimés de Tyverb® ainsi que les prises des comprimés de Xeloda®.
- En cas de modifications de la posologie de Tyverb® et/ou de Xeloda®, reportez la nouvelle posologie à prendre 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 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7 J 8

Cure N°	1	L	M	M	J	V	S	D	L
		3	4	5	6	7	8	9	10

Tyverb® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour	7 h.00	/	/	/		/	/	/	/
--	--------	---	---	---	--	---	---	---	---

Modification de la posologie de Tyverb®

Date/nombre de comprimés à prendre : 4 cps à partir de vendredi 7

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n°1 8 h.30	/	/	/	/	/	/	/	/
	Prise n°2 20 h.30	/	/	/	/	/	/	/	/

Modification de la posologie de Xeloda®

Date/nombre de comprimés à prendre :

Autres traitements Prises d'antalgiques	/	/	/						
--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

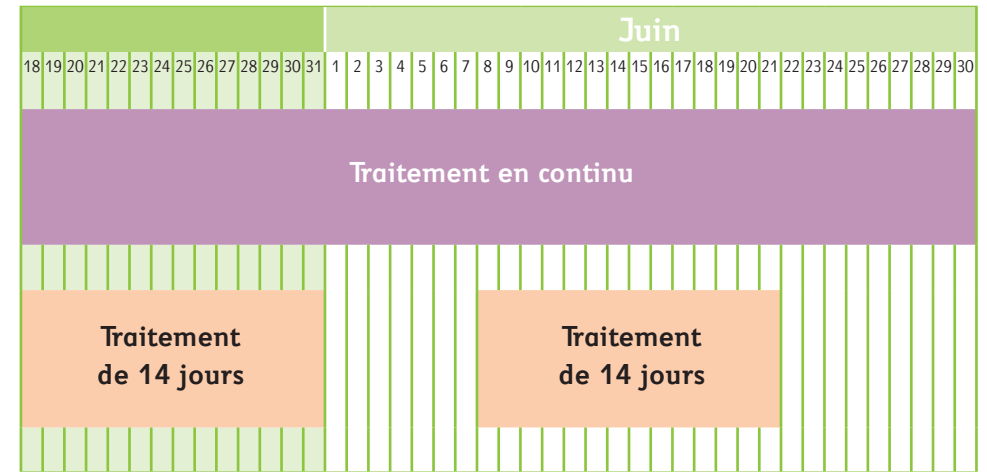
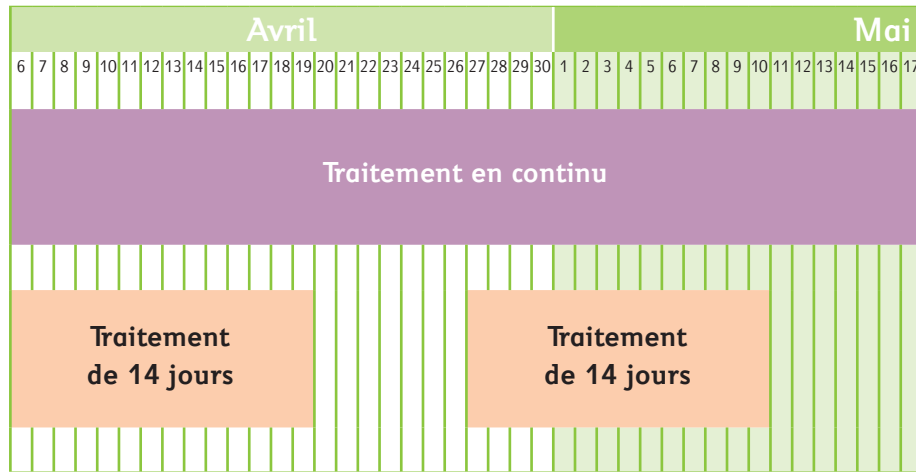
Observations (oubli de prise de traitement, effets indésirables...)

Diarrhée les 2 premiers jours

Oubli de prendre Tyverb® le jeudi 6

Votre traitement dans le temps

Exemple de calendrier pour 4 cures de 21 jours chacune



Tyverb® 5 comprimés de 250 mg par jour.
Tous les jours en une seule prise.
Au moins 1 heure avant ou après le même repas.

Xeloda® 2 prises par jour.
Laisser 12 heures entre chaque prise.
À prendre pendant le repas ou dans les 30 minutes qui suivent le petit déjeuner et le dîner.

Les posologies de traitement peuvent être amenées à être modifiées.

Respectez la prescription du médecin.

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N°	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N°	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jour	<input type="text"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 h.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..... h.....		<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 Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N°	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Cure N° <input type="text"/>	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9
	<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® 5 comprimés de 250 mg en 1 prise par jourh.....	<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"/>

Modification de la posologie de Tyverb®	Date/nombre de comprimés à prendre :

Xeloda® 2 prises par jour	Prise n° 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Prise n° 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....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"/>

Modification de la posologie de Xeloda®	Date/nombre de comprimés à prendre :

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

J 10	J 11	J 12	J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19	J 20	J 21
<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"/>

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"/>

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

.....

.....

.....

.....

Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure – Fin de la cure –

Cure suivante : reprendre à Jour 1

Arrêt du traitement pendant 7 jours

Cure suivante : reprendre à Jour 1

