

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION DU TRAITEMENT

Date: Jour Mois Année
 Pas de traitement à cette date

TRAITEMENTS DE FOND

Nom du médicament	Posologie			Statut <i>Début / En cours / Arrêté</i>	Si arrêt, préciser cause <small> Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre(s) </small>
	Voie <i>po / sc / im / iv</i>	Dose par prise	Fréquence		
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□

Surveillance clinique			Surveillance paraclinique	
				Normal / Anormal
Réactions au point d'injection	<i>Douleur</i>	<input type="checkbox"/>	Hématies	○—○
	<i>Inflammation</i>	<input type="checkbox"/>	Hémoglobine	○—○
	<i>Hypersensibilité</i>	<input type="checkbox"/>	Leucocytes	○—○
	<i>Nécrose</i>	<input type="checkbox"/>	Neutrophiles	○—○
Effets généraux	<i>Asthénie</i>	<input type="checkbox"/>	Lymphocytes	○—○
	<i>Céphalée</i>	<input type="checkbox"/>	Plaquettes	○—○
	<i>Malaise</i>	<input type="checkbox"/>	SGOT / SGPT	○—○
	<i>Bouffées de chaleur</i>	<input type="checkbox"/>	Créatinine	○—○
Syndrome pseudo-grippal	<i>Courbatures</i>	<input type="checkbox"/>	Acide urique	○—○
	<i>Fièvre</i>	<input type="checkbox"/>	Marqueurs de l'inflammation	○—○
	<i>Frissons</i>	<input type="checkbox"/>	Hématurie	○—○
	<i>Sueurs</i>	<input type="checkbox"/>	Protéinurie	○—○
Réactions d'hypersensibilité	<i>Bronchospasme</i>	<input type="checkbox"/>	Électrocardiogramme	○—○
	<i>Œdème généralisé</i>	<input type="checkbox"/>	Échocardiogramme	○—○
	<i>Choc anaphylactique</i>	<input type="checkbox"/>	Radiographie pulmonaire	○—○
	<i>Rash</i>	<input type="checkbox"/>	Tests fonctionnels respiratoires	○—○
Troubles neuro-psychiatriques	<i>Anxiété</i>	<input type="checkbox"/>	Autre(s), préciser :	
	<i>Confusion</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Convulsions</i>	<input type="checkbox"/>	Commentaires	
	<i>Syndrome dépressif</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Idées suicidaires</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles digestifs	<i>Constipation</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Diarrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Douleur abdominale</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Vomissements</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles cardio-respiratoires	<i>Dyspnée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Laryngite</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oppression thoracique</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Palpitations</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Tachycardie</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la menstruation	<i>Cycles irréguliers</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Ménométrorragies</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oligoménorrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
Autre(s), préciser :				

ÉVALUATION DU TRAITEMENT (suite)

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.v.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.m.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, p.o.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
	Autre, préciser	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS NON LIÉS À LA SEP

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	