



Mon agenda **SANTÉ**



Association
Canadienne des
Infirmières en
Oncologie

www.cano-acio.ca



FONDATION
QUÉBÉCOISE
DU CANCER

25^{ANS}

INFORMATION, HÉBERGEMENT, SUPPORT.

1 800 363-0063
www.fqc.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	3
EN CAS D'URGENCE	3
MON ÉQUIPE SANTÉ	3
GROUPES DE SOUTIEN	3
POIDS	4
TESTS SANGUINS	4
CALENDRIER DES TRAITEMENTS	5
SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES	6
MÉDICATIONS POUR LA CHIMIOTHÉRAPIE, LA RADIOTHÉRAPIE OU AUTRES	18
QUESTIONS/NOTES	19

La **Fondation québécoise du cancer**, dont la mission est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et celle de leurs proches en leur offrant information, hébergement, soutien et réconfort, est heureuse de vous remettre « Mon agenda santé ». La **Fondation québécoise du cancer**, c'est un abri, un parapluie qui protège, un bras qui entoure, un savoir qui rassure. Vous pouvez nous joindre au 1 800 363-0063 ou visiter notre site Web : www.fqc.qc.ca.

« Mon agenda santé » est conforme à la norme de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO) par son contenu. Celui-ci a été conçu pour vous aider à planifier et à suivre efficacement vos visites médicales. Il permet de faciliter le compte-rendu complet des traitements et des effets secondaires et ainsi d'assurer les soins professionnels appropriés.

L'ACIO a fait tout en son pouvoir pour s'assurer de l'exactitude de l'information que renferme ce document. Le contenu de celui-ci ne constitue en aucun cas un avis médical. De plus, l'Association ne donne aucune garantie et n'assume aucune responsabilité quant à l'exactitude, l'intégralité ou l'utilité de ce contenu, ou quant à tout dommage causé directement ou indirectement par lui. Toute référence à un produit spécifique ne constitue pas un endossement, ni une recommandation, ni une preuve de favoritisme de la part de l'Association canadienne des infirmières en oncologie.

REMERCIEMENTS

La réalisation de « Mon agenda santé » est le fruit de la contribution inestimable de nombreuses personnes. Nous soulignons particulièrement la participation de : **Geneviève Fraser**, infirmière en suivi systématique de clientèle en oncologie et du **Dr Michel Gélinas**, radio-oncologue, tous deux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Hôpital Notre-Dame; **Gabriel Gazzé**, pharmacien en oncologie au Royal Victoria Hospital, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), et **Debbie Gravelle**, infirmière liaison, Programme d'oncologie communautaire, Centre régional de cancérologie d'Ottawa; **Chantale Gagnon** et **Geneviève Tremblay**, pharmaciennes en oncologie à l'Hôpital Saint-Sacrement.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____

Adresse _____

Tél. résidence () _____ Tél. travail ou cell. () _____

N° de dossier de l'hôpital : _____ N° d'assurance maladie : _____

EN CAS D'URGENCE

Nom _____

Adresse _____

Tél. résidence () _____ Tél. travail ou cell. () _____

MON ÉQUIPE SANTÉ

HÔPITAL/CLINIQUE : _____

Adresse _____ Tél. () _____

MÉDECINS :

— Dr _____

Bureau _____ Tél. () _____

— Dr _____

Bureau _____ Tél. () _____

INFIRMIÈRES :

— Nom _____ Nom _____

Tél. () _____ Tél. () _____

PHARMACIEN :

— Nom _____

Adresse _____ Tél. () _____

AUTRES :

GROUPES DE SOUTIEN

Fondation québécoise du cancer

- Info-cancer, Jumelage, Centre de documentation 1 800 363-0063
- Hébergement 1 877 336-4443

POIDS

Avant le traitement :				kg lb
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	kg lb
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	kg lb
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	kg lb
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	kg lb

TESTS SANGUINS

Résultats normaux	Globules blancs	Neutrophiles	Hémoglobines	Plaquettes
(à être complété par l'équipe médicale)				

Date :					
Globules blancs					
Neutrophiles					
Hémoglobines					
Plaquettes					

Date :					
Globules blancs					
Neutrophiles					
Hémoglobines					
Plaquettes					

Date :					
Globules blancs					
Neutrophiles					
Hémoglobines					
Plaquettes					

Date :					
Globules blancs					
Neutrophiles					
Hémoglobines					
Plaquettes					

CALENDRIER DES TRAITEMENTS

C = Chimiothérapie R = Radiothérapie M = Visite médicale S = Test sanguin						
Semaine/Jour	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Sam./Dim.
Ex. : semaine du 5 octobre	C, R <input type="text" value="5"/>	R <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	M <input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** —————> **5 = Modéré** —————> **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** —————→ **5 = Modéré** —————→ **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** —————> **5 = Modéré** —————> **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

L'IMPORTANCE DE SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Veillez nous indiquer les démarches entreprises pour soulager vos effets secondaires et les résultats obtenus.

Questions/Notes : _____

SIGNALER LES EFFETS SECONDAIRES

Cycle : _____ **0 = Aucun** → **5 = Modéré** → **10 = Sévère**
Semaine du : _____ *Indiquez le niveau d'intensité pour chacun des symptômes suivants.*

Date :						Date :					
Perte d'appétit						Fièvre (> 38,5° C ou 101,3° F)					
Nausées						Engourdissements (pieds/mains)					
Vomissements						Brûlures d'estomac					
Fatigue						Perte de l'ouïe					
Douleurs						Troubles du sommeil					
Diarrhée						Problèmes cutanés (ex. : rougeurs)					
Perte de cheveux						Mal de gorge					
Constipation						Autre :					

QUESTIONS/NOTES

A large, vertically oriented rounded rectangle with a dark blue border. Inside the rectangle, there are 20 horizontal orange lines spaced evenly, providing a guide for writing. The top-left and bottom-right corners of the rectangle are rounded.

Réalisé grâce à une subvention sans restriction de



MERCK FROSST

*Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.*

Pour commander des exemplaires supplémentaires :
Contactez la Fondation québécoise du cancer au 1 800 363-0063 ou visitez : www.fqc.qc.ca
ou (pour les professionnels de la santé) le centre d'information à la clientèle de
Merck Frosst au 1 800 567-2594