**Continuer le traitement de Capécitabine comme prévu.**

***Nausées ou vomissements :*** Prendre Stemetil ou Gravol 30 minutes avant la dose de Capécitabine et aux 6 heures si nausées ou vomissements. Prendre de petits repas plus fréquents.

***Diarrhée :*** Bien s'hydrater ex. : Gatorade, bouillon de poulet, jus non sucrés. Diminuer le plus possible la consommation de produits laitiers (lait, yogourt, fromage) ou choisir des produits sans lactose. Éviter boissons gazeuses, prendre plusieurs petits repas (riz, pâtes, rôties).

***Si 2 ou 3 selles liquides par jour :*** prendre 2 comprimés d'Imodium immédiatement et 1 comprimé après chaque selle diarrhéique (maximum : 8 comprimés par jour).

***Syndrome main-pied :*** Appliquer crème hydratante sur les mains et les pieds (ex. : Lubriderm, Urémol ou Moisturel). Éviter températures et pressions extrêmes.

***Stomatite :*** Important d'avoir une bonne hygiène buccale : se brosser les dents 4 fois par jour, utiliser la soie dentaire comme d'habitude. Se rincer la bouche 2 à 4 fois par jour avec un mélange d'eau, de sel et de bicarbonate de sodium (1 c. à thé de sel et/ou par une 1 c. à thé de bicarbonate de sodium dans 500 ml d'eau).

**Cesser le traitement de Capécitabine et téléphoner.**

**La semaine de 8 h à 16 h :** _____

**Les soirs et fins de semaines :** _____

***Nausées ou vomissements :*** Prendre Stemetil ou Gravol aux 6 heures. Prendre de petits repas plus fréquents.

***Diarrhée :*** Prendre 1 comprimé d'Imodium après chaque selle liquide et téléphoner l'infirmière si aucune amélioration en 12 heures. Bien s'hydrater ex. : Gatorade, bouillon de poulet, jus non sucrés. Diminuer le plus possible la consommation de produits laitiers (lait, yogourt, fromage) ou choisir des produits sans lactose. Éviter les boissons gazeuses, prendre plusieurs petits repas (riz, pâtes, rôties).

***Syndrome main-pieds :*** Appliquer crème hydratante ex. : Urémol-20. Éviter les températures et pressions extrêmes et téléphoner l'infirmière ou le pharmacien.

**Stomatite :** Éviter les gargarismes à base d'alcool (ex. : Cépacol, Listerine). Faire le gargarisme maison (eau + bicarbonate + sel) aux 2 heures. Utiliser du Maalox en gargarisme 4 fois par jour, que vous pouvez avaler. Ne pas manger ni boire dans les 30-60 minutes suivant la prise.

**Ne pas reprendre Capécitabine avant d'avoir parlé à votre infirmière ou pharmacien.**

**Cesser le traitement de Capécitabine et téléphoner au numéro ci-haut dans les plus brefs délais.**
Si ces personnes sont impossibles à rejoindre, se présenter directement à l'urgence de l'hôpital.

Adapté de la référence : Biron D., Gagnon C., Simard I., Dionne A. Élaboration d'un journal de bord avec un plan intégré pour les patients recevant de la capécitabine/Xeloda. Projet réalisé dans le cadre de la maîtrise en pharmacie d'hôpital. Hôpital St-Sacrement du CHA. Université Laval, Québec. Juin 2004.

# Journal de bord
## avec plan d'action intégré

pour personne recevant de la Capécitabine (Xeloda)

Nom du patient : _____

Médecin : _____

# Journal de bord avec plan d'action intégré.

**Cycle :** _____

**Date :**

(jours du cycle)

| Comprimés de Xeloda (mg) | Dose quotidienne recommandée (nombre de comprimés) | | |
|---|---|---|---|
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 500mg | AM |
| | PM : | | PM |
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 150mg | AM |
| | PM : | | PM |

| | | Traitement | | | | | | | | | | | | | | Repos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | Veuillez noter les changements de dose s'il y a lieu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nausée** | Présence de légères nausées, mais peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nausées modérées et alimentation diminuée. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ne mange plus. Nausées sévères. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissement** | 1 épisode de vomissement en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 à 5 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 6 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | 2 à 3 selles par jour de plus qu'avant le traitement. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 à 6 selles par jour de plus qu'avant ou une selle nocturne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 7 selles par jour de plus qu'avant et/ou incontinence et/ou déshydratation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée avec stomie** | Légère augmentation des pertes, pertes plus liquides. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation modérée des pertes, n'affecte pas activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation sévère des pertes, affectant les activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Syndrome main-pied** | Engourdissement, rougeur et/ou picotement et/ou pelage de la paume des mains et/ou des pieds **sans douleur.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure **avec douleur** au niveau des mains et des pieds **sans affecter les tâches quotidiennes.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure et/ou ulcération avec douleur au niveau des mains et des pieds empêchant les tâches quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Stomatite (ulcère de la bouche)** | Rougeur et irritation de la bouche, sans lésion et sans douleur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur ou ulcère douloureux. Peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ulcération douloureuse empêchant l'alimentation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Journal de bord avec plan d'action intégré.

**Cycle :** _____

**Date :**

(jours du cycle)

| Comprimés de Xeloda (mg) | Dose quotidienne recommandée (nombre de comprimés) | | |
|---|---|---|---|
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 500mg | AM |
| | PM : | | PM |
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 150mg | AM |
| | PM : | | PM |

| | | Traitement | | | | | | | | | | | | | | Repos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | Veuillez noter les changements de dose s'il y a lieu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nausée** | Présence de légères nausées, mais peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nausées modérées et alimentation diminuée. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ne mange plus. Nausées sévères. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissement** | 1 épisode de vomissement en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 à 5 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 6 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | 2 à 3 selles par jour de plus qu'avant le traitement. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 à 6 selles par jour de plus qu'avant ou une selle nocturne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 7 selles par jour de plus qu'avant et/ou incontinence et/ou déshydratation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée avec stomie** | Légère augmentation des pertes, pertes plus liquides. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation modérée des pertes, n'affecte pas activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation sévère des pertes, affectant les activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Syndrome main-pied** | Engourdissement, rougeur et/ou picotement et/ou pelage de la paume des mains et/ou des pieds **sans douleur.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure **avec douleur** au niveau des mains et des pieds **sans affecter les tâches quotidiennes.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure et/ou ulcération avec douleur au niveau des mains et des pieds empêchant les tâches quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Stomatite (ulcère de la bouche)** | Rougeur et irritation de la bouche, sans lésion et sans douleur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur ou ulcère douloureux. Peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ulcération douloureuse empêchant l'alimentation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Journal de bord avec plan d'action intégré.

**Cycle :** _____

**Date :**

(jours du cycle)

| Comprimés de Xeloda (mg) | Dose quotidienne recommandée (nombre de comprimés) | | |
|---|---|---|---|
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 500mg | AM |
| | PM : | | PM |
| | AM : | Veuillez noter le nombre de comprimés de 150mg | AM |
| | PM : | | PM |

| | | Traitement | | | | | | | | | | | | | | Repos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | Veuillez noter les changements de dose s'il y a lieu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nausée** | Présence de légères nausées, mais peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nausées modérées et alimentation diminuée. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ne mange plus. Nausées sévères. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissement** | 1 épisode de vomissement en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 à 5 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 6 épisodes en 24 heures. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | 2 à 3 selles par jour de plus qu'avant le traitement. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 à 6 selles par jour de plus qu'avant ou une selle nocturne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⩾ 7 selles par jour de plus qu'avant et/ou incontinence et/ou déshydratation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée avec stomie** | Légère augmentation des pertes, pertes plus liquides. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation modérée des pertes, n'affecte pas activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Augmentation sévère des pertes, affectant les activités quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Syndrome main-pied** | Engourdissement, rougeur et/ou picotement et/ou pelage de la paume des mains et/ou des pieds **sans douleur.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure **avec douleur** au niveau des mains et des pieds **sans affecter les tâches quotidiennes.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur et enflure et/ou ulcération avec douleur au niveau des mains et des pieds empêchant les tâches quotidiennes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Stomatite (ulcère de la bouche)** | Rougeur et irritation de la bouche, sans lésion et sans douleur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rougeur ou ulcère douloureux. Peut manger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ulcération douloureuse empêchant l'alimentation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |