

CARNET DE SUIVI

Voies orales anticancéreuses



A APPORTER :

- lors de toute consultation médicale relative à votre anticancéreux oral
- tout renouvellement d'ordonnance de votre anticancéreux oral

Si vous souhaitez que votre pharmacien vous aide dans la prise de votre traitement, veuillez lui rapporter vos boîtes et comprimés non utilisés lors du renouvellement suivant.

Pour plus de renseignements :

• ONCO Bretagne :

- Appui Santé Nord Finistère

253, rue Jean Jaurès - 29 200 BREST

Tel : 02-98-28-23-53

Mail : contact@appuisante.fr

- Réseau de cancérologie Onco'Kerné :

14 avenue Yves Thépôt BP 1757 - 29 107 QUIMPER Cedex

Tel : 02-98-52-63-88

Mail : oncokerne@ch-cornouaille.fr

- Réseau de cancérologie Onc'Orient :

Centre Hospitalier Bretagne Sud

BP 2233 - 56 322 LORIENT Cedex

Tel : 02-97-64-99-47

Mail : reseau.oncoriant@ch-bretagne-sud.fr

- Réseau de cancérologie Oncovannes :

20 Bd Maurice Guillaudot - 56 000 VANNES

Tel : 02-97-01-49-03 - Mail : reseau@oncovannes.org

- Réseau de cancérologie Oncarmor :

1 rue Alain Colas - 22 950 TREGUEUX

Tel : 02-96-60-95-90 - Mail : reseau@oncarmor.fr

- Réseau de cancérologie 3C/Onco5 :

CS 44229 - 35 042 RENNES cedex

Tel : 02-99-25-31-84 - Mail : assistante.3c@onco5.fr

- Réseau de cancérologie Onco6 :

18 avenue Jean Jaurès - 35 400 SAINT-MALO

Tel : 02-99-40-13-59 - Mail : onco6@wanadoo.fr

• ONCO Pays de La Loire :

Association Ressources Loire Estuaire

Clinique Mutualiste de l'Estuaire- Cité Sanitaire

11 Bld Georges Charpak - 44600 SAINT-NAZAIRE

Tel : secrétariat Mme Chauris : 02-72-27-52-96

Mail : brigitte.chauris@mlla.fr

• Observatoire dédié au Cancer Bretagne - Pays de Loire :

ICO site Paul Papin, 15 rue André Boquel

CS 10059 - 49 055 ANGERS Cedex 02

Tel : 02-41-35-28-68

Mail : francoise.grude@ico.unicancer.fr

Vos Contacts

Notez sur cette page les N° de téléphones utiles:

Médecin Oncologue (ou secrétariat):

Tel:

Médecin Traitant:

Tel:

Pharmacien d'établissement de soins:

Tel:

Pharmacien d'officine:

Tel:

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

Nom :

Tel:

Infirmier(e) d'établissement ou de réseau:

Tel:

Infirmier(e) libéral(e) :

Tel:

Laboratoire d'analyses médicales :

Tel:

Prestataire de services:

Tel:

Autres contacts :

Nom :

Tel :

Informations générales



Ce médicament est disponible dans les **pharmacies de ville**



Il est disponible dans les **pharmacies hospitalières**.



Lorsque vous quittez votre domicile, pensez à prendre vos ordonnances et faites activer votre dossier pharmaceutique.



Ne jetez pas les emballages ni les comprimés dans votre poubelle. Merci de les rapporter à votre pharmacien.

Votre pharmacien peut vous aider dans la prise de votre traitement, veuillez lui rapporter vos boîtes et comprimés non utilisés lors du renouvellement suivant.



Ne laissez pas vos traitements à la portée des enfants.



Les comprimés sont à avaler **entiers** avec un verre d'eau



En cas d'oubli, ne doublez jamais la prise suivante et n'augmentez pas le nombre de prise.

Si par erreur vous avez pris trop de médicament, contactez rapidement votre médecin.



Les comprimés ne doivent pas être broyés, écrasés ou coupés.



Les gélules ne doivent pas être ouvertes, ni mâchées.



Le **pamplemousse** (jus, pulpe) doit être évité pendant votre traitement.



Ce médicament peut interagir avec d'autres médicaments, plantes ou tisanes. **N'hésitez pas à préciser à votre médecin, les médicaments, plantes ou tisanes (avec ou sans ordonnance) que vous prenez ou que vous souhaitez prendre.**



En cas de doute, demandez conseil à votre pharmacien.



Pendant le traitement, il est important de boire davantage pour maintenir le bon fonctionnement des reins (si possible 1,5 litre par jour).



Evitez l'exposition prolongée au soleil et protégez-vous si vous devez le faire.



Vous pouvez vous aider d'un calendrier pour repérer les prises.



La nature et la sévérité des effets secondaires peuvent varier d'une personne à l'autre. Contactez le médecin si ces effets sont sévères ou si d'autres effets surviennent.

Principaux effets indésirables

Comme la plupart des traitements, votre chimiothérapie peut s'accompagner d'effets indésirables. Ci-dessous, une liste des effets les plus fréquents ainsi que la conduite à tenir s'ils apparaissent :

✓ Diarrhée :



Évitez le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool.



Buvez si possible 2 litres par jour (eau, thé, tisanes, bouillons, boissons gazeuses) et privilégiez les féculents (riz, pâtes...), les carottes cuites et les bananes.

✓ Nausées et vomissements :

Mangez lentement et faites plusieurs petits repas légers. Les aliments gras, frits et épicés ne sont pas conseillés. Buvez plutôt entre les repas.

Prenez les médicaments prescrits contre les nausées et vomissements en respectant les doses. Si les vomissements persistent, prévenez votre médecin.

✓ Constipation :



Buvez régulièrement de l'eau. Buvez si possible 2 litres d'eau par jour. Pratiquez quelques exercices légers. Privilégiez une alimentation riche en fibres : légumes verts, fruits et fruits secs.

✓ Chute des cheveux :

Une chute des cheveux, des cils et sourcils peut survenir pendant le traitement. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin.

✓ Inflammation de la bouche :

Évitez les aliments acides, épicés et irritants. Utilisez une brosse à dents souple, un dentifrice doux (sans menthol) et un bain de bouche sans alcool (bain de bouche au bicarbonate de sodium).

✓ Eruption cutanée :

Préférez un savon doux et un agent hydratant. Évitez les expositions prolongées au soleil.

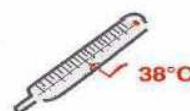
✓ Syndrome main-pied :



Cet effet se manifeste par des sensations de picotements, d'engourdissements ou de rougeurs au niveau des mains ou de la plante des pieds. Si ces symptômes deviennent douloureux, prévenez votre médecin.

Préférez un savon doux et un agent hydratant. Évitez les expositions prolongées au soleil.

✓ Fièvre :



Limitez, si possible, les contacts avec les personnes ayant une infection contagieuse. Lavez-vous souvent les mains. Désinfectez soigneusement toute plaie. Faites pratiquer les bilans sanguins prescrits par votre médecin.

En cas de fièvre supérieure à 38°C, prévenez votre médecin.

✓ Saignements inhabituels :

En cas de saignements buccaux, préférez une brosse à dents souple. L'utilisation des thermomètres rectaux est à éviter.

Certains médicaments sont déconseillés (aspirine, ibuprofène...).

En cas de saignements de nez, penchez la tête en avant en exerçant une légère pression sur vos narines.

✓ Œdèmes des membres :

Surélevez vos pieds quand vous êtes assis. Maintenez une alimentation à faible teneur en sel. Évitez les vêtements serrés.

Surveillez régulièrement votre poids. Si vous constatez une prise de poids rapide et inattendue, contactez le médecin.

✓ Fatigue :

Il est normal d'être fatigué au cours du traitement. Veillez à avoir une bonne hygiène de vie (manger et boire sainement). Respectez des temps de repos dans la journée, mais essayez de conserver une activité même modérée.

Soyez à l'écoute de votre corps. Prudence en cas de conduite de véhicules.

En cas de fatigue persistante inhabituelle, informez votre médecin.

PLAN D'ADMINISTRATION

Date: / / Rempli par :.....

Ce schéma d'administration reprend tous les traitements habituels prescrits par votre médecin.

Il est à remplir par votre médecin ou votre pharmacien. Il vous indique, à quel moment de la journée, vous devez prendre vos traitements anticancéreux et vos traitements habituels.

A jeun, Heure(s) avant le petit-déjeuner:



Pendant le Petit-Déjeuner :

.... Heure(s) après le petit-déjeuner:

.... Heure(s) avant le déjeuner :



Pendant le Déjeuner :

.... Heure(s) après le déjeuner:

.... Heure(s) avant le dîner:



Pendant le Dîner :

Au coucher:

REPLI PAR : _____

Ou PLAN D'ADMINISTRATION

Date: / /

Rempli par:.....

Ce schéma d'administration reprend tous les traitements habituels prescrits par votre médecin.

Il est à remplir par votre médecin ou votre pharmacien. Il vous indique à quel moment de la journée vous devez prendre vos traitements anticancéreux et vos traitements habituels.

Nom des traitements / Moment de prise		Petit Déjeuner		Déjeuner		Dîner	
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							
Nom : Date début : Durée: Jours							

Suivi des effets indésirables

des prises de **mg :** **semaine du** **au**

Si vous constatez l'apparition d'effets indésirables, vous devez les noter (avec la date de survenue de l'effet, le nombre de comprimés pris, le moment de la prise ainsi que des commentaires éventuels).

Cette fiche de notification est reproduite plusieurs fois dans le carnet de suivi : une nouvelle fiche est à remplir chaque semaine.

Une page de commentaires par semaine vous est proposée. Vous pourrez y noter vos commentaires. Cette page pourra également être remplie par votre médecin, votre pharmacien et/ou votre infirmière lors de chaque visite.

Voici une liste d'effets indésirables (qui n'est pas exhaustive):

- **signes généraux** : je ne me sens pas bien, fièvre...
- **symptômes gastro-intestinaux** : diarrhée, vomissements, constipation, nausées....
- **symptômes cutanés** : syndrome main-pied, irritation de la bouche, éruption cutanée....

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des effets indésirables

des prises de **.....mg :** **semaine du** **au**

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des effets indésirables

des prises de **.....mg :** **semaine du** **au**

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des effets indésirables

des prises de **.mg :** **semaine du** **au**

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable** :

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des effets indésirables

des prises de **.....mg :** **semaine du** **au**

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des effets indésirables

des prises de **.....mg :** **semaine du** **au**

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

• **Effet indésirable :**

Date de survenue : / / Moment de la prise : à jeun petit déjeuner déjeuner dîner en dehors des repas

Nombre de comprimés/gélules pris(es) juste avant la survenue de l'effet indésirable :

Commentaires : _____

Commentaires : semaine du au

Vos commentaires sur la semaine de traitement (problèmes survenus, oublis de prise, questions à poser...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du médecin traitant:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires du pharmacien:

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de l'infirmier(e):

.....

.....

.....

.....

.....

