Espace pour Logo de l’établissement et code barre

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Information à l’intention du pharmacien communautaire OU du médecin de famille (ceci n’est pas une ordonnance)**

**Votre patient(e) reçoit présentement :**

*(nom du ou des médicaments/protocole)*

L’équipe d’oncologie de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(nom de l’hôpital/établissement)*
vous en informent pour la mise à jour de son dossier pharmacolo-gique et pour faciliter son suivi, notamment en ce qui concerne les

e**ffets indésirables de ces médicaments.**

Transmission confidentielle par télécopieur Pharmacie du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Médecin de famille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No. télécopieur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE et HEURE de transmission :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnostic (siège de cancer) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fréquence :** cycles de \_\_\_\_\_\_\_jours **Durée : □ jusqu’à progression ou intolérance**

 **□ autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*\*\*\*\* Important – Immunothérapie (inhibiteurs du point de contrôle immunitaire) \*\*\*\*\***

**Effets indésirables à médiation immunitaire rares, mais potentiellement graves (liste non exhaustive) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Effet / système touché** | **Manifestations cliniques / symptômes** |
| Entérocolite | Diarrhée, douleur abdominale, mucus ou sang dans les selles |
| Endocrinopathie | Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, hypophysite |
| Pneumonite | Dyspnée, toux, hypoxie |
| Peau et muqueuses | Rash, prurit, Stevens-Johnson, uvéite |
| Néphrite | Insuffisance rénale |
| Hépatite | Insuffisance hépatique |
| Pancréatite | Douleur abdominale |
| Système nerveux | Guillain-Barré, myasthénie grave, encéphalite, etc. |
| Cardiovasculaire | Myocardite, péricardite, etc.  |
| Musculo-squelettique | Arthralgie, faiblesse et/ou douleur musculaire |

**Ces effets peuvent survenir à tout moment durant le traitement et même plusieurs semaines ou mois après la fin du traitement. Ils peuvent avoir une évolution très rapide si non diagnostiqués rapidement et si non traités d’urgence, de façon appropriée.**

|  |
| --- |
| **Pour joindre un membre de l’équipe d’oncologie (jours ouvrables): tél.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Pour plus d’information : section publique du site web du Groupe d’étude en oncologie du Québec : **www.geoq.info**

|  |
| --- |
| **□ Consentement du patient obtenu pour le partage de cette information de santé** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Nom du pharmacien/professionnel) Signature |

**CONFIDENTIALITÉ** : L’information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si ce document vous est parvenu par erreur et que vous n’êtes pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé que tout usage, copie ou distribution de ce message est strictement interdit.

Rédaction : 2018-12 Révision : 2022-09 par le comité de l’évolution de la pratique en soins pharmaceutiques. Direction générale de cancérologie, MSSS.