

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Type de chimiothérapie _____

Cycle N° _____

Date du traitement _____

Evaluation des effets indésirables de la chimiothérapie

Renseigner les symptômes, la date de début, la durée, l'intensité (faible, modérée, importante)

Symptômes	Date de début	Durée	Intensité		

Résultats des examens biologiques

Dates examens	Hémoglobine	Globules blancs	Polynucléaires neutrophiles (valeur absolue)	Plaquettes	Autres	

Traitements associés

Pour le lymphome et effectivement reçus après le dernier cycle /avant le prochain cycle

Médicaments	Nombre de prises par jour	Nombre de jour	Commentaire

Traitement suivis pour d'autres pathologies éventuelles :