



Pour tirer un bénéfice maximal des effets du médicament NERLYNX[®] (neratinib), sur votre santé, en assurer son bon usage et en limiter ses effets indésirables il existe certaines mesures/précautions à prendre qui sont expliquées dans ce matériel (RMA version 03/2021)

NERLYNX[®] 40mg, comprimés pelliculés (neratinib)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire.

JOURNAL DE TRAITEMENT DU PATIENT

COMMENT UTILISER CE JOURNAL

Avant de commencer le traitement

○ **La semaine avant de commencer le traitement par NERLYNX, veuillez consigner :**

- votre poids ;
- le nombre de selles observées chaque jour, et leur consistance, comme illustré ci-dessous.

Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides
-------	----------------------------------	------------------------

○ **À la fin de la semaine, additionnez les selles de tous les jours, et divisez le nombre obtenu par le nombre de jours (7) pour définir votre « nombre de selles par jour servant de référence ». Il permettra d'aider le médecin et vous-même à déterminer si votre traitement modifie ou non vos selles, et si vous devez envisager de prendre un médicament anti-diarrhéique en association avec votre traitement par NERLYNX ou d'ajuster la dose quotidienne de NERLYNX.**

Une fois que vous avez commencé votre traitement par NERLYNX® (neratinib)

1. Au début de la semaine, renseignez la date et votre poids.
2. Renseignez votre nombre de selles par jour de référence, calculé la semaine précédant le traitement, afin de pouvoir le comparer au nombre moyen de selles par jour de la semaine en cours.
3. Renseignez votre dose de NERLYNX dans la deuxième colonne du tableau, en inscrivant chaque jour le nombre de comprimés de 40 mg que vous avez pris.
4. Si le médecin vous a prescrit un médicament anti-diarrhéique, renseignez chaque jour la dose que vous avez prise.
5. Renseignez chaque jour le nombre de selles observées, et leur consistance : dures, normales (moulées molles/fermes) ou semi-liquides/liquides.
6. Additionnez chaque jour le nombre total de selles et inscrivez-le également, ainsi que le nombre moyen de selles par jour de la semaine.

Une semaine avant de commencer le traitement

Date de début de semaine : _____

Poids : _____

	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
	Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Dimanche				
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Nombre moyen de selles par jour avant le traitement (Additionnez chaque total journalier et divisez par le nombre de jours) = Nombre de selles par jour servant de référence				

Semaine 1

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 2

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 3

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 4

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 5

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 6

Date de début de semaine : _____

Nombre moyen de selles
par jour avant le traitement : _____

Poids : _____

	Dose de NERLYNX	Dose de médicament anti-diarrhéique	Consistance des selles			Nombre de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/ Liquides	
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

COORDONNÉES IMPORTANTES

En cas d'urgence contactez :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable: _____

E-mail: _____

Équipe soignante

Médecin : _____

Secrétariat : _____

Personnel infirmier : _____

Pharmacien : _____

Adresse de
l'établissement : _____

Pour de plus amples informations, veuillez vous reporter à la note d'information au patient, disponible dans l'emballage du médicament

Déclaration des effets indésirables suspectés

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration :

Pour Belgique :

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

Division Vigilance

Avenue Galilée 5/03
B-1210 Bruxelles

Boîte Postale 97
B-1000 Bruxelles Madou

Site internet: www.afmps.be
e-mail: patientinfo@fagg-afmps.be

Pour Luxembourg :

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy, Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB)
CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan, 5411 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
Tél : (+33) 3 83 65 60 85 / 87
Fax : (+33) 3 83 65 61 33
E-mail : crpv@chru-nancy.fr

ou

Direction de la Santé
Division de la Pharmacie et des Médicaments
20, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg-Hamm
E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu
Tél. : (+352) 247-85592

Lien pour le formulaire : <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html>

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.