



Outil de suivi quotidien des médicaments

- Vous recevez cet outil de suivi parce que XPOVIO^{MD} vous a été prescrit en association avec du bortézomib et de la dexaméthasone.
- Cet outil est conçu pour vous aider à suivre votre plan de traitement.
- Vous trouverez un calendrier hebdomadaire à l'intérieur. Pour chaque jour, il y a des champs dans lesquels vous devez inscrire des informations sur votre schéma thérapeutique, vos analyses de sang et toute autre note supplémentaire.
- Utilisez cet outil de suivi pour collaborer avec votre équipe de soins.

SEMAINE 1

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM
XPOVIO ^{MD} (comprimés de sélinexor)	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure						
Bortézomib	Reçu ☐ : ____ Heure du rendez-vous à la clinique						
Dexaméthasone	$\ominus$ x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure	$\ominus$ x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure					

Médicaments pour soins de soutien

Veuillez noter ci-dessous la dose et le nombre de doses prises pour tout médicament de soutien.

Nom du médicament

Nom du médicament

Nom du médicament

Rendez-vous pour
analyse de sang

Notes

SEMAINE 2

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM
XPOVIO ^{MD} (comprimés de sélinexor)	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure						
Bortézomib	Reçu ☐ : ____ Heure du rendez-vous à la clinique						
Dexaméthasone	$\ominus$ x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure	$\ominus$ x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure					

Médicaments pour soins de soutien

Veuillez noter ci-dessous la dose et le nombre de doses prises pour tout médicament de soutien.

Nom du médicament

Nom du médicament

Nom du médicament

Rendez-vous pour
analyse de sang

Notes

SEMAINE 3

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM
XPOVIO ^{MD} (comprimés de sélinexor)	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure						
Bortézomib	Reçu ☐ : ____ Heure du rendez-vous à la clinique						
Dexaméthasone	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure					

Médicaments pour soins de soutien

Veuillez noter ci-dessous la dose et le nombre de doses prises pour tout médicament de soutien.

Nom du médicament

Nom du médicament

Nom du médicament

Rendez-vous pour
analyse de sang

Notes

SEMAINE 4

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM
XPOVIO ^{MD} (comprimés de sélinexor)	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure						
Bortézomib	Reçu ☐ : ____ Heure du rendez-vous à la clinique						
Dexaméthasone	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure	 x ____ = ____ comprimés dose totale : ____ heure					

Médicaments pour soins de soutien

Veuillez noter ci-dessous la dose et le nombre de doses prises pour tout médicament de soutien.

Nom du médicament

Nom du médicament

Nom du médicament

Rendez-vous pour
analyse de sang

Notes

SEMAINE 5

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM	JOUR DE LA SEMAINE ____ / ____ JJ / MM
XPOVIO ^{MD} (comprimés de sélinexor)	 x ____ = ____ comprimés dose totale ⋮ ____ heure						
Bortézomib							
Dexaméthasone	 x ____ = ____ comprimés dose totale ⋮ ____ heure	 x ____ = ____ comprimés dose totale ⋮ ____ heure					

Médicaments pour soins de soutien

Veuillez noter ci-dessous la dose et le nombre de doses prises pour tout médicament de soutien.

Nom du médicament

Nom du médicament

Nom du médicament

Rendez-vous pour
analyse de sang

Notes