



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 10/2023)

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

JOURNAL DE TRAITEMENT DU PATIENT

Nom :

Ce journal fait partie du matériel éducatif du patient relatif à NERLYNX® (neratinib), conjointement au guide de traitement à l'intention du patient/soignant.

Il vous est fourni pour que vous le complétiez quotidiennement dès l'initiation du traitement, pour vous aider dans la gestion des éventuelles diarrhées que vous pourriez présenter.

VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Date	Heure	Éléments que je souhaite aborder avec l'équipe soignante (par exemple, si vous ne vous sentez pas bien, ou si vous avez ressenti des effets indésirables)

COMMENT UTILISER CE JOURNAL

Avant de commencer le traitement

○ 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
-------	----------------------------------	------------------------

○ Additionnez les selles de tous les jours, et divisez le nombre obtenu par le nombre de jours 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 dose de NERLYNX® dans la deuxième colonne du tableau, en inscrivant chaque jour le nombre de comprimés de 40 mg que vous avez pris.
3. Si le médecin vous a prescrit un médicament anti-diarrhéique, renseignez chaque jour la dose que vous avez prise.
4. Renseignez chaque jour le nombre de selles observées, et leur consistance : dures, normales (moulées molles/fermes) ou semi-liquides/liquides.
5. Additionnez chaque jour le nombre total de selles et inscrivez-le également.

EXEMPLE : Avant de commencer le traitement

Indiquez le nombre moyen de selles que vous avez eu chaque jour la semaine précédent le début de votre traitement avec NERLYNX®, selon votre mémoire, aussi précisément que possible.

Date de début de semaine : 31/10/2024 Poids : 68 kg

	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
	Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
<i>Jeudi</i> 31/10/2024		XX		2
<i>Vendredi</i> 01/11/2024		X		1
<i>Samedi</i> 02/11/2024				0
<i>Dimanche</i> 03/11/2024		X		1
<i>Lundi</i> 04/11/2024	X			1
<i>Mardi</i> 05/11/2024	X	X		2
<i>Mercredi</i> 06/11/2024		X		1
Nombre moyen de selles par jour avant le traitement (Ajoutez chaque total journalier et divisez par le nombre de jours) = Nombre de selles par jour servant de référence				1.14 (=8/7)

EXEMPLE : Semaine 1

Date de début de semaine : 07/11/2024 Poids : 68 kg

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
<i>Jeudi</i> 07/11/2024	240 mg	12 mg		X		1
<i>Vendredi</i> 08/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
<i>Samedi</i> 09/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
<i>Dimanche</i> 10/11/2024	240 mg	12 mg			XXXX	4
<i>Lundi</i> 11/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
<i>Mardi</i> 12/11/2024	240 mg	12 mg			XXXX	4
<i>Mercredi</i> 13/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						3 (=21/7)

Avant de commencer le traitement

Indiquez le nombre moyen de selles que vous avez eu chaque jour la semaine précédent le début de votre traitement avec NERLYNX®, selon votre mémoire, aussi précisément que possible.

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
	Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1				
Jour 2				
Jour 3				
Jour 4				
Jour 5				
Jour 6				
Jour 7				
Nombre moyen de selles par jour avant le traitement (Ajoutez 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 : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 2

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 3

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 4

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 5

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 6

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 7

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 8

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 9

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
Nombre moyen de selles par jour cette semaine-ci						

Semaine 10

Date de début de semaine : _____ Poids : _____

	Dose quotidienne de NERLYNX	Dose quotidienne de médicament anti-diarrhéique	Nombre et consistance des selles			Nombre total de selles/jour
			Dures	Normales (moulées molles/fermes)	Semi-liquides/Liquides	
Jour 1						
Jour 2						
Jour 3						
Jour 4						
Jour 5						
Jour 6						
Jour 7						
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 notice, disponible dans l'emballage du médicament

Déclaration des effets indésirables suspectés

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 la Belgique :

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

Division Vigilance

Avenue Galilée 5/03
1210 Bruxelles

Boîte Postale 97
1000 Bruxelles Madou

Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be
e-mail : adr@afmps.be

Pour le Luxembourg :

Nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré à :

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé
Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance

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