



Remercie toutes  
les personnes  
qui ont participé  
à ce projet.

# Carnet de suivi

# Carnet de suivi

Un service offert par



Oncology - Hematology

# Être informé, c'est essentiel.

Ce carnet a été réalisé dans le but de regrouper les informations pertinentes concernant votre traitement afin d'en assurer un suivi optimal.

Il doit être consulté régulièrement par tout intervenant dans le cadre de votre traitement spécifique : l'équipe médicale de votre hôpital, l'infirmier(e) à domicile, le médecin généraliste, le médecin urgentiste, le pharmacien...

Permettre à chaque intervenant d'agir en toute connaissance de cause ne peut qu'être profitable à l'efficacité et au confort de votre traitement. Prenez donc soin d'avoir ce carnet auprès de vous et de l'emporter lors de chacune de vos consultations, lors du passage de votre infirmier(e) ou médecin-traitant.

Ce carnet contient vos données personnelles à caractère confidentiel. Il vous appartient. En aucun cas, il ne doit être communiqué ou transmis à des tierces personnes n'appartenant pas au personnel médical ou soignant.

N'hésitez pas à mentionner toutes difficultés ou problèmes rencontrés tout au long de votre traitement dans la rubrique "communications".

Ce carnet n'est pas le dossier médical mais contient des informations confidentielles à caractère médical extrêmement précieuses pour son propriétaire.

Si vous le trouvez, merci de bien vouloir le renvoyer sous enveloppe à la personne dont l'adresse se trouve à la rubrique "informations générales" ou à

.....

.....

.....

# Informations générales



# Ce carnet appartient à

nom : .....

prénom : .....

date de naissance : .....

sexe : ..... n° de dossier : .....

rue : .....

code postal : .....

commune : .....

téléphone, GSM : .....

allergies : .....

.....

.....

groupe sanguin : .....

## Personne à contacter

nom : .....

prénom : .....

rue : .....

code postal : .....

commune : .....

téléphone, GSM : .....

## Hôpital

médecin : ..... tél. : ..... fax : .....

médecin : ..... tél. : ..... fax : .....

hôpital de jour : ..... tél. : ..... fax : .....

infirmièr(e) de référence : .....

hospitalisation : ..... tél. : ..... fax : .....

service d'urgence : ..... tél. : ..... fax : .....

consultation : ..... tél. : ..... fax : .....

## Médecin extra-hospitalier

nom : .....

adresse : .....

tél, GSM : ..... fax : .....

## Infirmièr(e) à domicile

nom : .....

adresse : .....

tél, GSM : ..... fax : .....

## Services psycho-social / paramédicaux

nom : .....

adresse : .....

tél, GSM : ..... fax : .....



# Traitements

Traitements









## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques

## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques





## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques

## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques

## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques

## Traitements :

Date	Schéma médicaments et dosage	Remarques

# Communications





# Agenda



















