

Journal



Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous prions de tenir ce journal durant la semaine qui entoure votre œsophagectomie, à partir de trois jours avant l'opération. Le but de ce journal est de noter les informations relatives aux problèmes et aux symptômes qui apparaîtraient lors de la prise du traitement avec le médicament de l'étude. ☐

Si jamais vous souhaitez modifier une réponse déjà fournie, vous pouvez barrer la réponse initiale ☒ et cocher la bonne case.

Dans le cas où vous faites partie du groupe prenant du médicament de l'étude? veuillez noter également la date, l'heure et la quantité (en millilitres) pour chaque consommation de ce médicament de l'étude, ainsi que d'éventuels problèmes d'ingestion.

Il est important pour nous que vous répondiez aux questions en toute sincérité. Cela nous permet de mieux juger l'effet et la tolérance du médicament de l'étude.

Merci de bien retourner les flacons vides et le reste du médicament de l'étude au service lors de votre admission.

Nous vous remercions d'avance pour votre coopération,
L'équipe PERSuaDER,
Tel.nr.: +32 (0) 16 345857

Numéro d'étude: _ _ _ - _ _ _

Numéro de protocole : EU CT ID: 2023-504144-33-00

Jour 1, trois jours avant l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	

Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? -----

Jour 2, deux jours avant l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) : **Heure de la consommation :**

Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	

Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? -----

Jour 3, un jour avant l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:____ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:____ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:____ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:____ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, lesquels ? ----- ----- -----		

Jour 4, le jour de l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	

La deuxième dose peut avoir déjà été administrée à votre insu.
 Vous pourriez demander à l'infirmière si la dose a été administrée
 et à quelle heure.

Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? -----

Jour 5, un jour après l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____				

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:__ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:__ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:__ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Amphotér icine B <input type="text"/> mL	Basis pour SDD <input type="text"/> mL	<input type="text"/> Heure: __:__ <input type="checkbox"/> Dose non prise, raison : ----- ----- -----
Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, lesquels ? ----- ----- -----		

Jour 6, deux jours après l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, lesquels ? ----- ----- -----		

Jour 7, trois jours après l'intervention chirurgicale :

Cochez ci-dessous les cases qui correspondent aux problèmes dont vous avez souffert aujourd'hui, et notez le changement par rapport à hier ou s'il s'agit d'un nouveau problème.

Problème :	Amélioration		Similaire	
	Nouveau	Détérioration		
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissements autour de la bouche, des lèvres ou du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas eu de problèmes				
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'aujourd'hui: __ - __ - ____

Ne répondez aux questions ci-dessous que si vous faites partie du groupe qui reçoit le médicament de l'étude.

Quantité (ml) :		Heure de la consommation :
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Amphotér icine B	Basis pour SDD	<div>Heure: __:__</div> <div><input type="checkbox"/> Dose non prise, raison :</div> <div>-----</div> <div>-----</div> <div>-----</div>
<div> </div> mL	<div> </div> mL	
Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise du médicament de l'étude? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, lesquels ? ----- ----- -----		