



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE

THERAPEUTIQUES COMPLEMENTAIRES - QUESTIONNAIRE DE RECUEIL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Protocole de chimiothérapie en cours : _____

DATE DE RECUEIL :

Consommez-vous régulièrement

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des tisanes ? | <input type="checkbox"/> Des huiles essentielles par voie orale ? | <input type="checkbox"/> Des épices et aromates dans votre alimentation ? |
| <input type="checkbox"/> Des compléments alimentaires ? | <input type="checkbox"/> Des vitamines et oligo-éléments ? | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Des plantes ou des champignons ? | <input type="checkbox"/> Du cannabis ? | |
| <input type="checkbox"/> Des herbes chinoises ? | <input type="checkbox"/> Des fleurs de Bach ? | |

TC (1 ligne par TC ; nom vernaculaire ou nom commercial si applicable)	Quantité par prise (1)	Statut (2)	Nom latin de la plante (si phytothérapie)	Partie de la plante (si phytothérapie) (3)	Noms et quantités des constituants pour lesquels une activité thérapeutique est revendiquée (si applicable)	Forme (4)	Fréquence
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE

THERAPEUTIQUES COMPLEMENTAIRES - QUESTIONNAIRE DE RECUEIL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Protocole de chimiothérapie en cours : _____

DATE DE RECUEIL :

		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour
		MDCT/ CA/ DM/ A					1 ou 2 cures dans l'année 1 fois / mois 1 fois / semaine 2 fois / semaine 1 fois / jour Plusieurs fois / jour

1 Quantité : en volume (pour tisanes) / en gélules, comprimés ou ampoules (pour CA, vitamines) / en cuillères à café (pour les herbes chinoises, consommation alimentaire) / en goutte (fleurs de Bach, huiles essentielles)

2 Statut : médicaments MDCT / Complément Alimentaire CA / dispositif médical DM/ A Autre

3 Exemples : feuilles, herbes, racines, graines, écorce, etc

4 Exemples : poudres, extraits, huiles essentielles, jus, exsudats, tisanes, injectable, etc