



Diario Paziente Temozolomide N.° _

DA COMPILARE A CASA

Composto: Temozolomide

Titolo: **La Medicina Di Precisione Guidata Dal Profilo Genetico E Dalla Biopsia Liquida Per I Pazienti Affetti Da Tumori Del Colon Di Stadio III E Stadio II Ad Alto Rischio**

Sponsor: IFOM - Istituto Fondazione di Oncologia Molecolare ETS
Via Adamello 16, 20139 - Milano, **Tel.:** 02 574303862/ 02 574303799
Email: silvia.marsoni@ifom.eu clinical.trials@ifom.eu

1 Da compilare a casa ogni volta che assume il Temozolomide

2 Porti questo diario con sé in occasione della prossima visita

IL TRATTAMENTO CON TEMOZOLOMIDE¹ HA UNA DURATA DI 28 GIORNI PER CICLO (4 SETTIMANE), COSÌ SUDDIVISI:

- Dal giorno 1 al giorno 5, assunzione di Temozolomide
- Dal giorno 6 al giorno 28, la Temozolomide **NON** deve essere assunta

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

Per favore registri, dal giorno 1 al giorno 5, l'assunzione di Temozolomide, riportando per ciascun dosaggio nella tabella sotto (20 mg, 100 mg e 250 mg) il numero esatto di capsule prese in quella giornata.

Si ricordi di:



Prendere il farmaco alla stessa ora nei giorni previsti (circa da 1½ a 2 ore prima della colazione) con un bicchiere di acqua naturale dopo una notte a digiuno. Si raccomanda di lavarsi bene le mani dopo l'assunzione.



Se Lei dimentica di prendere il farmaco prima della colazione, prenderlo a stomaco vuoto lontano dai pasti annotando il ritardo nel diario.



Se Lei si dimentica di prendere il farmaco nell'intera giornata, **NON** raddoppiare la dose giornaliera il giorno successivo, se prevista.



In caso di vomito durante o dopo l'assunzione della dose giornaliera, **NON** assumere capsule supplementari quel giorno e assumere la quantità normale il giorno successivo, se prevista.



È necessario evitare di rompere o aprire le capsule. In questi casi, occorre registrare le capsule rotte. In caso di apertura delle capsule, evitare il contatto o l'inalazione. In caso di contatto con la pelle, lavare abbondantemente l'area interessata con acqua o sapone e acqua. In caso di contatto con gli occhi, sciacquare abbondantemente con acqua e consultare un medico il prima possibile.

La preghiamo di consegnare i **blister**, vuoti e non, con la relativa scatoletta ed il diario del paziente al Medico nella prossima visita che si terrà.

Il giorno: ____ / ____ / ____

Il giorno: _____

¹ Il Farmaco Temozolomide è stato acquistato per l'Italia con il contributo di Fondazione Oncologia Niguarda ONLUS.

CICLO N° ____

DOSE GIORNALIERA PRESCRITTA: ____ mg 1 volte/giorno

Giorno	Data giorno/ mese/anno Ora	Numero di compresse assunte di Temozolomide		Eventuali discrepanze rispetto all'assunzione prevista. Nel caso, specifichi*:
1	___ / ___ / ___	Numero di capsule da 20 mg assunte		
		Numero di capsule da 100 mg assunte		
	-----	Numero di capsule da 250 mg assunte		
2	___ / ___ / ___	Numero di capsule da 20 mg assunte		
		Numero di capsule da 100 mg assunte		
	-----	Numero di capsule da 250 mg assunte		
3	___ / ___ / ___	Numero di capsule da 20 mg assunte		
		Numero di capsule da 100 mg assunte		
	-----	Numero di capsule da 250 mg assunte		
4	___ / ___ / ___	Numero di capsule da 20 mg assunte		
		Numero di capsule da 100 mg assunte		
	-----	Numero di capsule da 250 mg assunte		
5	___ / ___ / ___	Numero di capsule da 20 mg assunte		
		Numero di capsule da 100 mg assunte		
	-----	Numero di capsule da 250 mg assunte		

* ad esempio mancata assunzione, assunzione non a digiuno, assunzione di una dose errata, vomito, ecc.



SAGITTARIUS



**Finanziato
dall'Unione europea**

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o Agenzia esecutiva europea per la salute e il digitale (HaDEA). Né l'Unione europea né la HaDEA possono esserne ritenute responsabili.

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma dell'Unione Europea Horizon Europe, nell'ambito dell'Accordo di sovvenzione n. 101104657.