

Calendrier de traitement



Utilisez ce calendrier pour vous aider à vous souvenir de vos rendez-vous chez le médecin et quand vous devez recevoir un traitement avec RADICAVA^{MD} Suspension Orale ou la perfusion RADICAVA^{MD} IV. Vous pouvez également noter les numéros de lots pour chaque cycle de traitement.

En cas d'urgence médicale, n'attendez pas votre prochain rendez-vous. Communiquez immédiatement avec le service des urgences de votre hôpital local.



Exemple de calendrier de traitement

Votre médecin peut prescrire l'une des deux formulations suivantes : RADICAVA^{MD} Suspension Orale ou RADICAVA^{MD} IV (solution pour injection). Si l'on vous a prescrit RADICAVA^{MD} Suspension Orale, votre traitement sera administré par voie orale (par la bouche ou par sonde d'alimentation). Avec RADICAVA^{MD} IV, votre médicament sera perfusé directement dans la veine.

La dose habituelle de RADICAVA^{MD} Suspension Orale et RADICAVA^{MD} IV est :

- Un premier cycle de traitement avec une dose quotidienne de RADICAVA^{MD} Suspension Orale ou de RADICAVA^{MD} IV pendant 14 jours, suivi d'une période sans administration de 14 jours
- Des cycles de traitements ultérieurs au cours desquels vous recevrez RADICAVA^{MD} Suspension Orale ou RADICAVA^{MD} IV pendant 10 jours sur 14, suivis d'une période sans administration de 14 jours

Le traitement suivant est un **exemple** du premier cycle de traitement et d'un cycle de traitement ultérieur :

Premier cycle

décembre							NUMÉRO DE LOT:
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	
Heure : 1	Heure : 2	Heure : 3	Heure : 4	Heure : 5	Heure : <input checked="" type="text"/> 6	Heure : <input checked="" type="text"/> 7	
Heure : <input checked="" type="text"/> 8	Heure : <input checked="" type="text"/> 9	Heure : <input checked="" type="text"/> 10	Heure : <input checked="" type="text"/> 11	Heure : <input checked="" type="text"/> 12	Heure : <input checked="" type="text"/> 13	Heure : <input checked="" type="text"/> 14	
Heure : <input checked="" type="text"/> 15	Heure : <input checked="" type="text"/> 16	Heure : <input checked="" type="text"/> 17	Heure : <input checked="" type="text"/> 18	Heure : <input checked="" type="text"/> 19	Heure : 20	Heure : 21	
Heure : 22	Heure : 23	Heure : 24	Heure : 25	Heure : 26	période sans médicament →		
Heure : 27	Heure : 28	Heure : 29	Heure : 30	Heure : 31	Heure : 1	Heure : 2	
Heure : 3	Heure : 4	Heure : 5	Heure : 6	Heure : 7	Heure : 8	Heure : 9	

Cycle ultérieur

janvier							NUMÉRO DE LOT:
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	
Heure : 1	Heure : 2	Heure : 3	Heure : 4	Heure : 5	Heure : <input checked="" type="text"/> 6	Heure : <input checked="" type="text"/> 7	
Heure : <input checked="" type="text"/> 8	Heure : <input checked="" type="text"/> 9	Heure : <input checked="" type="text"/> 10	Heure : <input checked="" type="text"/> 11	Heure : <input checked="" type="text"/> 12	Heure : <input checked="" type="text"/> 13	Heure : <input checked="" type="text"/> 14	
Heure : 15	Heure : 16	Heure : 17	Heure : 18	Heure : 19	Heure : 20	Heure : 21	
Heure : 22	Heure : <input checked="" type="text"/> 23	Heure : 24	Heure : <input checked="" type="text"/> 25	Heure : <input checked="" type="text"/> 26	Heure : 27	Heure : 28	
Heure : 29	Heure : 30	Heure : 31	Heure : 1	Heure : 2	Heure : 3	Heure : 4	
Heure : 5	Heure : 6	Heure : 7	Heure : 8	Heure : 9	Heure : 10	Heure : 11	
Heure : 12	Heure : 13	Heure : 14	Heure : 15	Heure : 16	Heure : 17	Heure : 18	
Heure : 19	Heure : 20	Heure : 21	Heure : 22	Heure : 23	Heure : 24	Heure : 25	
Heure : 26	Heure : 27	Heure : 28	Heure : 29	Heure : 30	Heure : 31	Heure : 1	
Heure : 2	Heure : 3	Heure : 4	Heure : 5	Heure : 6	Heure : 7	Heure : 8	

IV : intraveineuse.

janvier

[illegible]

février

[illegible]

mars

[illegible]

avril

[illegible]

mai

[illegible]

juin

[illegible]

juillet

NUMÉRO DE LOT :

[illegible]

août

[illegible]

septembre

NUMÉRO DE LOT :

[illegible]

octobre

[illegible]

novembre

NUMÉRO DE LOT :

[illegible]

décembre

NUMÉRO DE LOT :

[illegible]

N'hésitez pas à prendre contact avec le Programme de soutien aux patients MTP^{MD}
à tout moment pendant votre traitement au :

 **1 833 211-MTPT (6878)**  **MTP@innomar-strategies.com**

L'équipe du Programme de soutien aux patients MTP^{MD} est disponible du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE

RADICAVA, les logos de RADICAVA et le symbole de la société Mitsubishi Tanabe Pharma Canada sont des marques de commerce de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation, utilisées sous licence par Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc.

Soutien aux patients MTP et le logo de soutien aux patients MTP sont des marques de commerce de Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc.

© Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc., 2024.
Tous droits réservés.



Mitsubishi Tanabe Pharma Canada



Journal de traitement



Utilisez un journal de traitement pour vous aider à faire le suivi de tout symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir au cours de votre traitement par RADICAVA^{MD} Suspension Orale ou la perfusion RADICAVA^{MD} IV.



Coordonnées

Médecin de famille : _____

Numéro de téléphone : _____

Neurologue : _____

Numéro de téléphone : _____

Personnel infirmier : _____

Numéro de téléphone : _____

Clinique de SLA : _____

Numéro de téléphone : _____

2

**N'hésitez pas à prendre contact avec le Programme de soutien aux patients MTP^{MD}
à tout moment pendant votre traitement au :**

 **1 833 211-MTPT (6878)**  **MTP@innomar-strategies.com**

L'équipe du Programme de soutien aux patients MTP^{MD} est disponible du
lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE

N'hésitez pas à écrire toute question que vous pourriez avoir et apportez ce journal à vos rendez-vous de manière à pouvoir prendre note des informations qui vous seront transmises.

Date de début du traitement : _____

Remarques : _____

Veuillez consulter la notice fournie dans la boîte du produit pour obtenir de plus amples renseignements sur votre médicament, y compris les effets indésirables potentiels.

*En cas d'urgence médicale, n'attendez pas votre prochain rendez-vous.
Communiquez immédiatement avec le service des urgences de votre hôpital local.*

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

Date : _____

Questions et notes : _____

Description de tout nouveau symptôme ou effet indésirable que vous pourriez ressentir :
Partagez cette information avec votre équipe de soins de santé

RADICAVA, les logos de RADICAVA et le symbole de la société Mitsubishi Tanabe Pharma Canada sont des marques de commerce de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation, utilisées sous licence par Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc.

Soutien aux patients MTP et le logo de soutien aux patients MTP sont des marques de commerce de Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc.

© Mitsubishi Tanabe Pharma Canada, Inc., 2024. Tous droits réservés.



Mitsubishi Tanabe Pharma Canada

Pr **Radicava**^{MD} **Suspension**
(édaravone) 105 mg / 5 mL **Orale**

Pr **Radicava**^{MD}
(édaravone) perfusion IV
à 30mg/100mL