

nerlynx[®]
(neratinib)

DIARIO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO

Este diario tiene como objetivo ayudar a los pacientes que toman Nerlynx a llevar un registro y control diarios de la posible aparición de diarrea durante el tiempo que dure su tratamiento.

Su médico le proporcionará este Diario junto con la Guía para el paciente/cuidador. Para obtener más información sobre el tratamiento consulte el prospecto de Nerlynx.

Todos los documentos están disponibles en el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS: <https://cima.aemps.es>

Información sobre prevención de riesgos autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Septiembre 2023

Disponible en la página web de la AEMPS: www.aemps.gob.es

¿CÓMO UTILIZAR ESTE DIARIO?

Antes de comenzar el tratamiento

- Antes de empezar el tratamiento con Nerlynx, anote:
 - su peso.
 - el número de deposiciones que tiene cada día y su aspecto (duras, normales, blandas, líquidas...).
- **Sume las deposiciones diarias totales y divida este valor entre el número de días de la semana para obtener sus deposiciones diarias antes del tratamiento.**
- Una vez comenzado el tratamiento con Nerlynx, su médico se ayudará de esta información para determinar si el medicamento le está causando diarrea y, en su caso, le dará pautas para reducirla.

Una vez comience el tratamiento con Nerlynx

Cada semana, deberá anotar los siguientes datos:

1. La fecha y su peso al inicio de la semana.
2. Anote el valor de deposiciones de la semana previa al inicio del tratamiento como referencia.
3. Su dosis de Nerlynx indicando el número de comprimidos de 40 mg que toma cada día.
4. Si le han recetado un antidiarreico, anote la dosis que está tomando.
5. Diariamente, anote el número de deposiciones y el aspecto que tienen (por ej. con X en la casilla correspondiente).
6. Semanalmente, haga la media de deposiciones (sume las deposiciones diarias totales y divida este valor entre el número de días).
7. Existe un apartado de “Otros comentarios” para que anote cualquier dato adicional que quiera compartir con su médico.

Informe a su médico/a o enfermero/a de cualquier efecto adverso que sufra, incluso aunque no aparezca en el prospecto.

En este diario vienen recogidas solamente las primeras 10 semanas de su tratamiento. Si necesita otro diario para seguir apuntando, no dude en contactar con su médico. También puede encontrarlo en el siguiente enlace: <https://cima.aemps.es>

Antes del inicio de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Peso corporal: _____

Anote el número de deposiciones que tiene por día, en la semana antes de comenzar con Nerlynx. Si ya ha iniciado el tratamiento anote esta información con la mayor precisión que pueda.

	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
	Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Día 1				
Día 2				
Día 3				
Día 4				
Día 5				
Día 6				
Día 7				
Media del número de deposiciones diarias antes del tratamiento (deposiciones totales diarias divididas entre el número de días)				Número de deposiciones diarias (referencia) =

Otros comentarios:

Semana 1 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 2 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 3 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 4 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 5 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 6 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 7 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 8 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 9 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

Semana 10 de su tratamiento con Nerlynx

Fecha de inicio de la semana: _____

Deposiciones diarias de referencia: _____

Peso corporal al inicio de la semana: _____

	Dosis de Nerlynx	Dosis de antidiarreico	Aspecto de las deposiciones			Deposiciones totales/día
			Duras	Normales/Blandas	Sueltas/Líquidas	
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						
Media del número de deposiciones diarias esta semana =						

Otros comentarios:

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA

Persona de contacto

Nombre _____

Número de teléfono _____

Equipo médico que me trata

Centro médico _____

Nombre de mi
médico prescriptor _____

Teléfono de contacto _____

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en el prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaRAM.es>

Adicionalmente, también puede notificar dichas reacciones adversas al laboratorio titular, a través del mail de contacto farmacovigilancia@pierre-fabre.com o llamando al teléfono +34 93 483 30 00.

