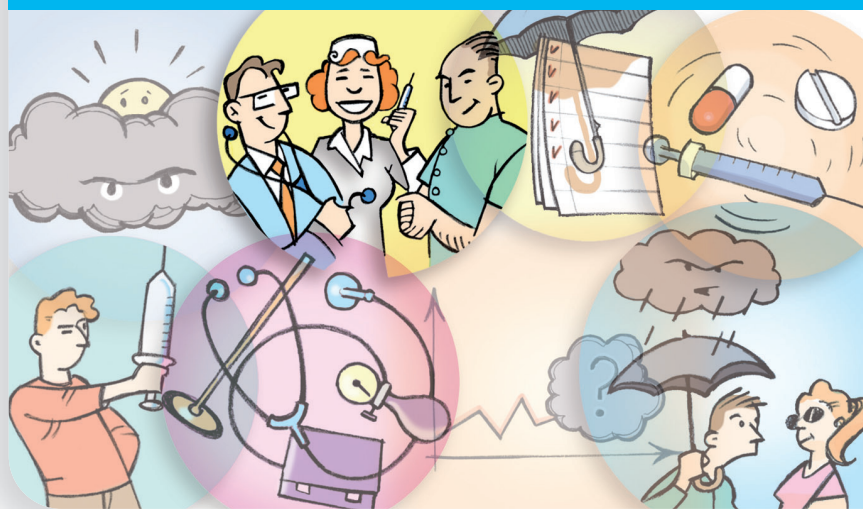


CARNET DE SUIVI

MICI*



www.abbviecare.fr

* MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

** avec vous



abbvie
care

Introduction

Ce carnet de suivi a été élaboré par une équipe de médecins, d'infirmières et de malades en collaboration avec l'Association François Aupetit. Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin nécessitent le plus souvent un traitement prolongé ; l'observance à ce traitement est fondamentale afin de contrôler au mieux la maladie. Les médicaments utilisés pour traiter les MICI* nécessitent, pour certains, un suivi et une surveillance régulière. Dans ce carnet, vous pourrez noter les traitements de votre MICI, mais également les principaux symptômes. Ces éléments permettront à votre médecin d'évaluer rapidement votre état de santé. Vous avez la possibilité de préparer votre future consultation en mentionnant certains points que vous souhaitez aborder à cette occasion.

Ce livret est également un aide-mémoire où vous pouvez noter les examens programmés pour le suivi de votre pathologie. Enfin, pour ceux d'entre vous recevant une injection sous-cutanée, il est possible de représenter sur un schéma le site de vos injections et faire part de vos commentaires toujours dans l'optique d'améliorer la communication avec l'équipe soignante. Ce livret pourra vous accompagner à chaque consultation.

* MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

DR STÉPHANE NAHON
Gastro-Entérologie et Hépatologie
Hôpital Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil

Remerciements :

Dr Vered Abitbol – Gastro-entérologie, Hôpital Cochin Paris

Valérie Lebayle – Infirmière ETP – Gastro-entérologie, Hôpital Intercommunal Le Raincy-Montfermeil

Isabelle Lutgen – Cadre de santé – Gastro-entérologie, Hôpital Intercommunal Le Raincy-Montfermeil



Mes professionnels de santé

Médecin traitant/Généraliste

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Pharmacie

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Infirmière

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Références des sites Internet Santé qui m'intéressent :

Site :

Site :

Site :

Site :

Site :

Site :



Ma maladie et ma vie médicale

Il est utile pour votre médecin et votre équipe soignante de pouvoir, d'un coup d'œil, avoir une vision de vos antécédents de santé, que cela concerne votre MICI ou toute autre pathologie.

Date d'apparition de mes premiers symptômes

Date du diagnostic

Mes autres maladies

.....
.....
.....
.....
.....

Depuis quand? _____
Depuis quand? _____
Depuis quand? _____
Depuis quand? _____
Depuis quand? _____

Mes interventions chirurgicales

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____
Quand? _____

Mes allergies

.....
.....
.....
.....
.....



Mes traitements

Cette page a pour but de permettre à tous les membres de votre équipe soignante de connaître votre traitement passé et actuel.

Mes traitements

Date de début

Date de fin

Biothérapies

-
-
-
-

Autres

-
-
-
-

Mes autres traitements (autres maladies)

Date de début

Date de fin

-
-
-
-
-
-
-
-

Les conseils de l'équipe soignante

.....

.....

.....

.....



Mon suivi

Tout ce que je vais avoir à faire dans l'année pour un suivi optimal

Vous avez un traitement qui nécessite une surveillance organisée avec votre médecin.

Cette page lui permettra de suivre vos vaccinations, mais également vos consultations.

Mes vaccins

	Date de mon vaccin	Date de mon prochain rappel
Grippe ⁽¹⁾ (tous les ans)	_____	_____
Pneumocoque * ⁽¹⁾	_____	_____
DT Polio ⁽¹⁾ (tous les 10 ans)	_____	_____
Autres		
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____

Les vaccins contre-indiqués lorsqu'on est sous traitement anti-TNF, corticoïdes ou immunosuppresseurs, sont les vaccins « vivants atténués », tels que le vaccin contre la fièvre jaune, contre la tuberculose (BCG), contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR), contre la varicelle et contre le rotavirus⁽¹⁾.

Dépistage de la tuberculose

	Date	Résultat
	_____

Mes prises de sang

	Date	Commentaires
	_____
	_____
	_____
	_____

Pensez à amener vos anciens résultats lors de chaque consultation.

* Votre médecin vous l'indiquera selon votre statut vaccinal.

1. HCSP. Recommandations. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Décembre 2014

Mes consultations

Cette page a pour but de vous permettre de préparer à l'avance les points que vous souhaitez aborder avec votre médecin.



Je prépare ma prochaine consultation, je pense à dire à mon médecin

- Date : Professionnel de santé :
- Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
- Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
- Je pense à discuter avec mon médecin de :

- Date : Professionnel de santé :
- Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
- Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
- Je pense à discuter avec mon médecin de :

- Date : Professionnel de santé :
- Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
- Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
- Je pense à discuter avec mon médecin de :

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
.....
.....

■ Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
.....
.....

■ Je pense à discuter avec mon médecin de :
.....
.....
.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
.....
.....

■ Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
.....
.....

■ Je pense à discuter avec mon médecin de :
.....
.....
.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ma fatigue, mon moral, mes relations avec mon entourage familial et professionnel :
.....
.....

■ Mon alimentation, mon régime, depuis la dernière consultation :
.....
.....

■ Je pense à discuter avec mon médecin de :
.....
.....
.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Bien penser à :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ Prochaine consultation :

■ Date : Professionnel de santé :

■ Bien penser à :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ Prochaine consultation :

■ Date : Professionnel de santé :

■ Bien penser à :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ Prochaine consultation :












Mes injections

Les injections doivent être réalisées avec une périodicité fixe. Mais il arrive parfois que le calendrier prévu ne soit pas respecté (oubli, impossibilité, problème médical...). Il est important que votre médecin puisse le visualiser.

Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions






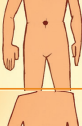

Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription :










Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions

Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription: _____










Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions

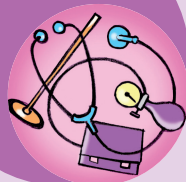
Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription :

Dates de mes renouvellements à la pharmacie :





Ma santé : autres événements

Il est important pour votre équipe médicale de connaître votre état de santé en dehors de votre Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin.

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....



© Éditions Scientifiques L&C SAS
1, rue de l'Épinière – 17380 Les Nouillers (France)

Directeur des publications : Dr Pierric Couturier
Coordination et suivi technique : Sophie Petit
Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel

Imprimé en UE – FR-IMM-210028 – 05/2021

ISBN : 978-2-35447-263-4

