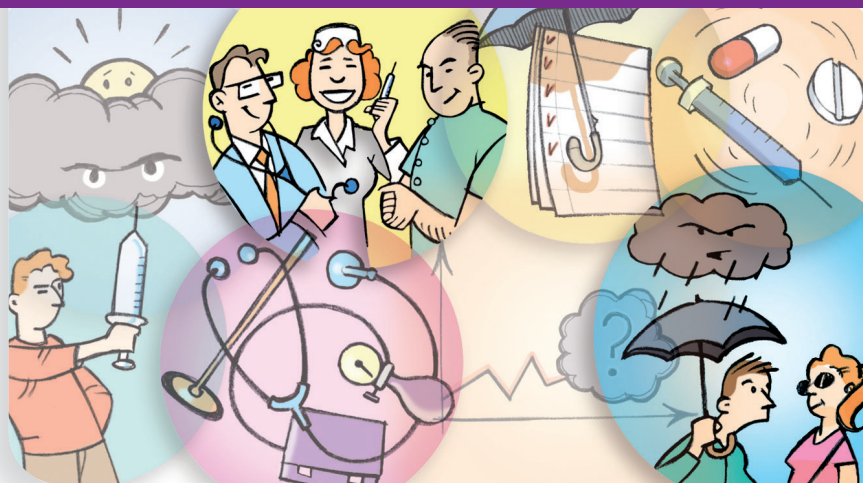


CARNET DE SUIVI

RHUMATISME PSORIASIQUE

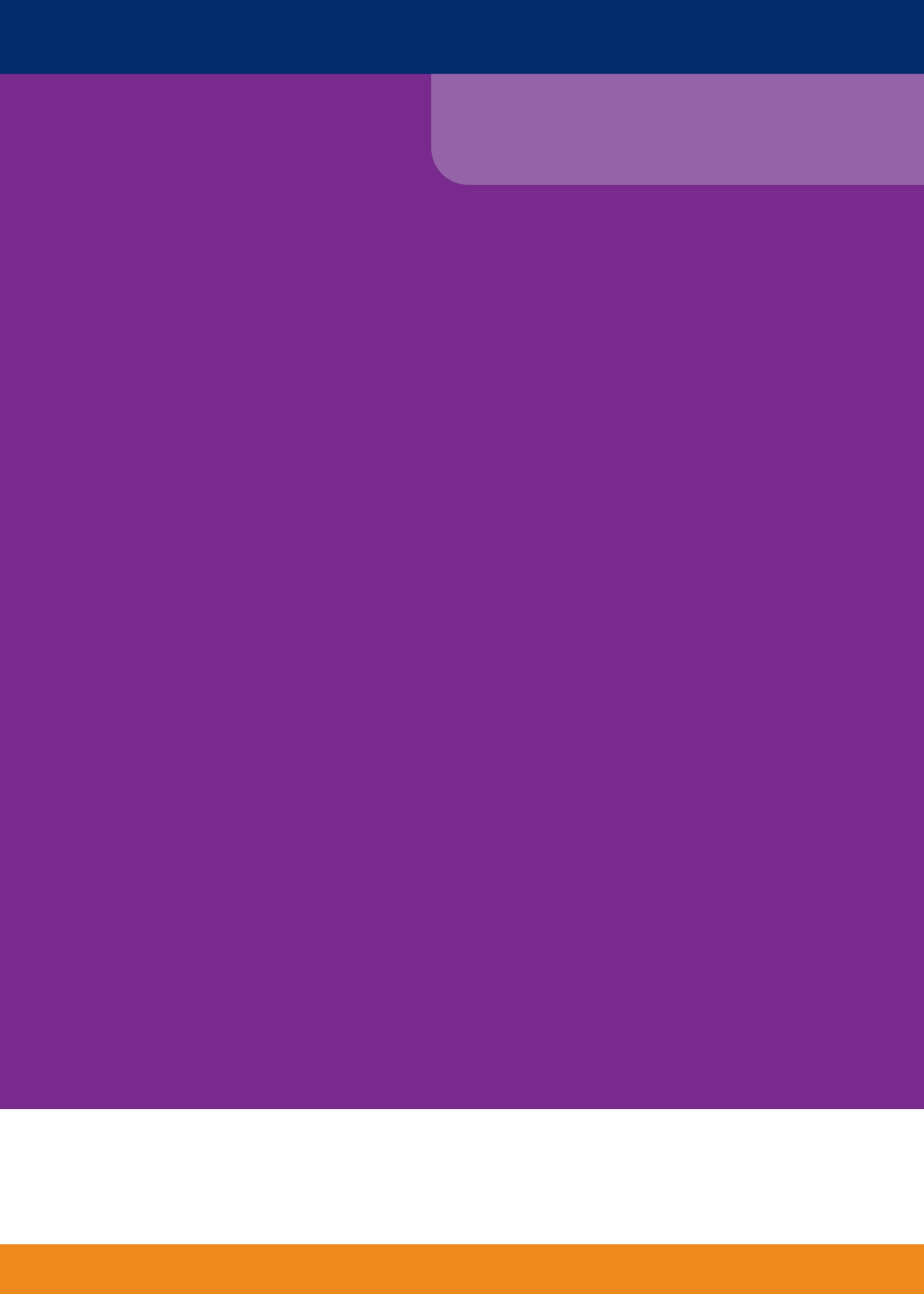


www.abbviecare.fr

*avec vous



abbvie
care



Introduction

Vous avez un rhumatisme psoriasique, il est nécessaire de consulter régulièrement votre rhumatologue et votre dermatologue pour le suivi de votre maladie et de votre traitement par anti-TNF α (biothérapie).

Lors de la consultation, vous allez devoir préciser à vos médecins spécialistes votre état de santé, l'évolution de votre maladie (sur la peau et les articulations), et les possibles effets indésirables de vos traitements. Vous devrez également ne pas oublier de leur signaler les événements importants depuis la dernière consultation.

L'évaluation régulière de l'activité de votre maladie est un élément essentiel de votre suivi afin de mieux contrôler votre maladie.

Nous vous proposons de mieux préparer vos consultations de suivi de votre traitement par anti-TNF α et de vous aider à évaluer régulièrement et objectivement votre rhumatisme psoriasique.

Grâce à ce carnet, vous pourrez noter les injections de votre traitement et suivre très facilement l'évolution de votre maladie, votre santé physique et psychologique, sous la forme d'un graphique analysable en un seul coup d'œil.

Il vous permettra également d'aborder avec votre médecin certains sujets, comme votre vie sociale, affective, votre équilibre psychologique...

Pour construire ce carnet, nous sommes partis de vos attentes (en organisant des réunions avec des patients représentatifs de votre rhumatisme psoriasique), mais aussi des attentes des rhumatologues. Ce carnet a pour but de faciliter le suivi et la gestion de votre rhumatisme psoriasique et nous vous proposons de l'utiliser en vous appropriant au quotidien les différents items proposés.

DR LAURENT GRANGE

Président de l'AFLAR

Clinique Universitaire de Rhumatologie
Hôpital Sud – CHU Grenoble



Ma maladie et mes antécédents médicaux

Il est utile pour votre médecin et votre équipe soignante de pouvoir, d'un coup d'œil, avoir une vision de votre historique de santé, que cela concerne votre maladie rhumatologique ou tous vos autres antécédents.

Date d'apparition de mes premiers symptômes de rhumatisme psoriasique

(douleurs au niveau des articulations des mains, des talons et du dos, avec réveil nocturne et raideur matinale...)

Date du diagnostic

Mes autres maladies

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

Mes interventions chirurgicales

..... Quand?

..... Quand?

..... Quand?

..... Quand?

..... Quand?

Mes allergies

.....

.....

.....

.....



Mes professionnels de santé

Rhumatologue

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Dermatologue

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Médecin traitant/Généraliste

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Pharmacie

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Infirmière

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Références des sites Internet Santé qui m'intéressent :

Site :

Site :

Site :

Site :



Mes traitements

Pour avoir d'un coup d'œil l'historique de votre prise en charge thérapeutique.

Mes traitements

Douleur (antalgiques)

■
 Date de début
 Date de fin

■
 Date de début
 Date de fin

■
 Date de début
 Date de fin

Inflammation (anti-inflammatoires) : AINS*/Corticoïdes

■
 Date de début Dose:
 Date de fin

■
 Date de début Dose:
 Date de fin

■
 Date de début Dose:
 Date de fin

*AINS = Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Traitements de fond (DMARDS)

DMARDS : Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

Biothérapie

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

Mes autres traitements (autres maladies)

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

* Anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM)

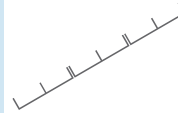


L'évolution de mon rhumatisme

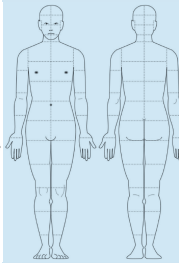
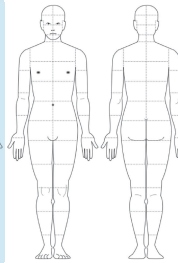
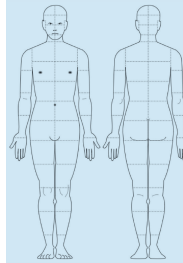
1. Évaluer l'extension de mon p

DATE

À remplir tous les
(à discuter avec mon médecin)



1 Dessinez, en hachurant, les zones correspondant à votre psoriasis sur le dessin ci-contre.



2 Avez-vous des plaques de psoriasis sur le cuir chevelu ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

3 Avez-vous des lésions sur les ongles : épaisissements, petits trous (dés à coudre) ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

4 Avez-vous des troubles du sommeil ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

5 Avez-vous des douleurs articulaires ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

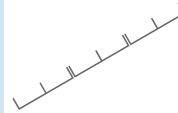


L'évolution de mon rhumatisme psoriasique

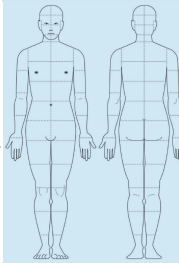
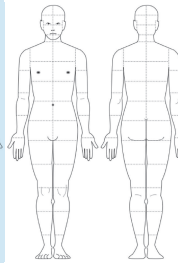
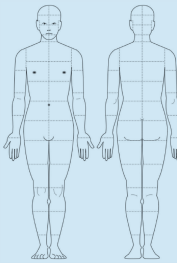
1. Évaluer l'extension de mon psoriasis (suite)

DATE

À remplir tous les
(à discuter avec mon médecin)



1 Dessinez, en hachurant, les zones correspondant à votre psoriasis sur le dessin ci-contre.



2 Avez-vous des plaques de psoriasis sur le cuir chevelu ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

3 Avez-vous des lésions sur les ongles : épaisissements, petits trous (dés à coudre) ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

4 Avez-vous des troubles du sommeil ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non

5 Avez-vous des douleurs articulaires ?

Oui
 Non

Oui
 Non

Oui
 Non



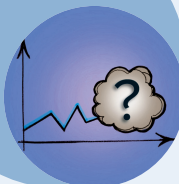
L'évolution de mon rhumatisme

3. Évaluer l'impact de mon psoriasis

DLQI – Questionnaire de qualité de vie en dermatologie

L'index de Qualité de Vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont des personnes atteintes par une telle maladie. Il a pour but d'évaluer l'influence de votre maladie sur votre qualité de vie. Vous pouvez relier entre eux les points pour visualiser l'évolution de votre qualité de vie.

DATE		Jour							
À remplir tous les (à discuter avec mon médecin)		Mois							
		Année							
1	Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle dérangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	Énormément 😡 = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Un peu 😊 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Énormément 😡 = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Un peu 😊 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	Énormément 😡 = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Un peu 😊 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Non concerné(e) <input type="checkbox"/> = 0							
4	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?	Énormément 😡 = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Un peu 😊 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Non concerné(e) <input type="checkbox"/> = 0							
5	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Énormément 😡 = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Un peu 😊 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Non concerné(e) <input type="checkbox"/> = 0							



L'évolution de mon rhumatisme psoriasique

3. Évaluer l'impact de mon psoriasis cutané sur ma qualité de vie

DLQI – Questionnaire de qualité de vie en dermatologie (suite)

DATE

À remplir tous les
(à discuter avec mon médecin)

Jour

Mois

Année

→ 6 Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Énormément	☹️ = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Beaucoup	😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Un peu	😐 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pas du tout	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non concerné(e)	☐ = 0								
7 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?	Oui	☹️ = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non concerné(e)	☐ = 0								
	Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?	Beaucoup	☹️ = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Un peu	😞 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pas du tout	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?	Énormément	☹️ = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Beaucoup	😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Un peu	😐 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pas du tout	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non concerné(e)	☐ = 0								
9 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Énormément	☹️ = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Beaucoup	😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Un peu	😐 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pas du tout	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non concerné(e)	☐ = 0								
10 Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?	Énormément	☹️ = 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Beaucoup	😞 = 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Un peu	😐 = 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pas du tout	😊 = 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non concerné(e)	☐ = 0								

Score DLQI (0-30)

(somme des scores des questions 1 à 10)












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 : _____









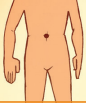
Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



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 _____	



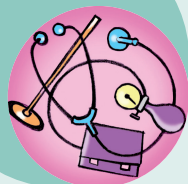
Date de mon renouvellement de prescription: _____

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 rhumatisme psoriasique.



■ 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 :

.....



Mon suivi

Tout ce que je dois vérifier ou 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 ainsi que vos consultations.

Mes vaccins

	Date de mon vaccin	Date de mon prochain rappel
Grippe (tous les ans)	_____	_____
Pneumocoques*	_____	_____
dTP/dTcaP (à 25 ans, puis tous les 10 ans)	_____	_____
Autres		
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____

Les vaccins à éviter 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 la poliomyélite (par voie orale)³.

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.
 3. Conduite à tenir en cas de vaccination. Traitement anti-TNFα et suivi de la tolérance, CRI Janvier 2014.

Mes imageries

Date

Radios/Scanner/Échographies/IRM

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Mes consultations, mes investigations spécifiques

Date

Rhumatologie

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Gynécologie

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Dentiste

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Dermatologie

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Autres

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____



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 :

Après ma consultation, je note les conseils et consignes

■ 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 :



© 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-210026-05/2021

ISBN : 978-2-35447-265-8

