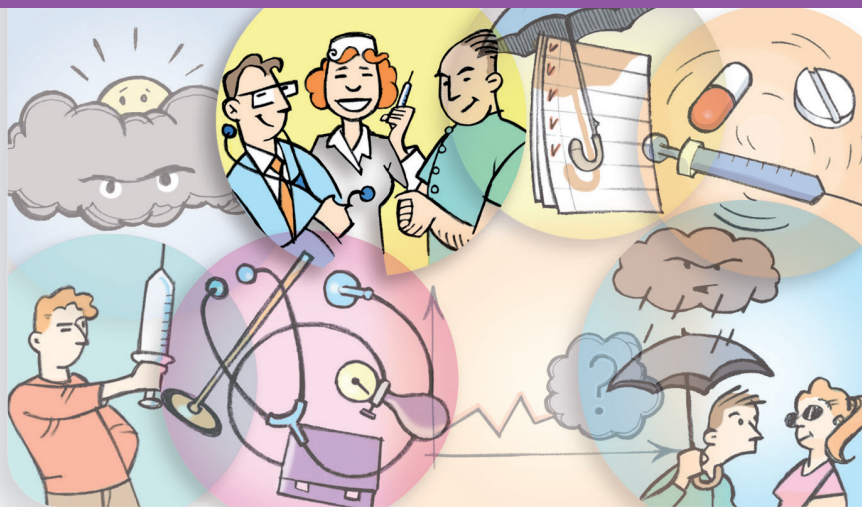


CARNET DE SUIVI

PSORIASIS



www.abbviecare.fr

* avec vous



abbvie
care

Introduction

Vous avez un psoriasis, il est nécessaire de consulter régulièrement 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 votre dermatologue votre état de santé, l'évolution de votre maladie, et les possibles effets indésirables de vos traitements.

Il est important de ne pas oublier de lui signaler les événements importants depuis la dernière consultation.

L'évaluation régulière de l'activité de votre maladie est un élément important 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 psoriasis.

Grâce à ce carnet, vous pourrez noter les injections de votre traitement et suivre très facilement l'évolution de votre psoriasis :

- L'extension de votre psoriasis
- La sévérité de votre psoriasis
- L'intensité des symptômes liés à votre psoriasis

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

DR BRUNO HALIOUA
Dermatologue
Institut Alfred Fournier – Paris



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 votre historique de santé, que cela concerne votre psoriasis ou tous vos autres antécédents.

Date d'apparition de mes premiers symptômes
de psoriasis

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 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

.....

.....

.....

.....

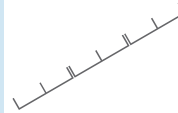


L'évolution de mon psoriasis

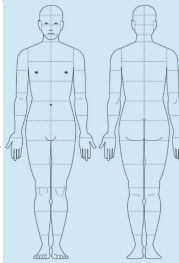
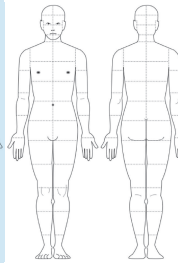
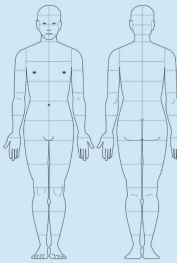
1. Évaluer l'extension et le rete

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 ?

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

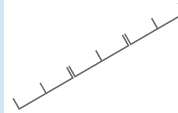


L'évolution de mon psoriasis

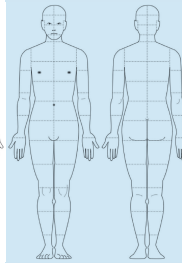
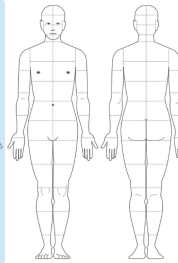
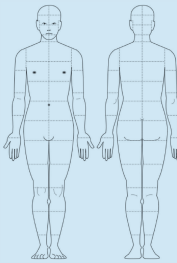
1. Évaluer l'extension et le retentissement de votre psoriasis

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 ?

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

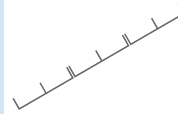
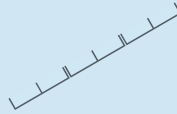


L'évolution de mon psoriasis

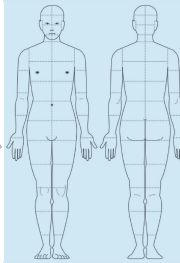
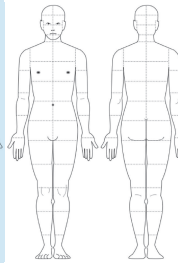
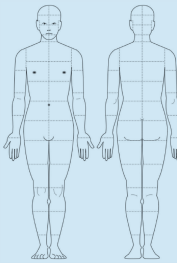
1. Évaluer l'extension et le retentissement de votre psoriasis

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 ?

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 psoriasis

2. Évaluer l'impact sur ma qualité de vie

DLQI – Questionnaire de qualité de vie en dermatologie^{1,2}

L'index de Qualité de Vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont des personnes atteintes par une telle maladie.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau 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"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<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"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<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"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<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"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<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"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<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"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<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"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<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"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<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"/>
		Beaucoup 😞 = 2	<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"/>
		Pas du tout 😄 = 0	<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						

1. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI). A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1995; 20: 107-113.
 2. Dubertret L. *Le psoriasis : de la clinique au traitement*. Paris : Editions Med'com, 2004. 159 p.



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 ainsi que 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 investigations

Date

Radios/Scanner/IRM

<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

Date

Dermatologie

<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"/>	_ _ _ _ _ _ _ _

Rhumatologie

<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 :












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 _____	

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 : _____









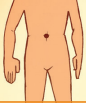
Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



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

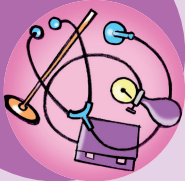
Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/>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

■ 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-210027-05/2021

ISBN : 978-2-35447-262-7

