

# CARNET DE SUIVI

## SPONDYLOARTHRIITES AXIALES



[www.abbviecare.fr](http://www.abbviecare.fr)

\* avec vous



abbvie  
care



# Introduction

**Vous avez une spondyloarthrite axiale, il est nécessaire de consulter régulièrement votre rhumatologue pour le suivi de votre spondyloarthrite axiale et de votre traitement par anti-TNF  $\alpha$  (biothérapie).**

**Lors de la consultation, vous allez devoir préciser à votre rhumatologue 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  $\alpha$  et de vous aider à évaluer régulièrement et objectivement votre spondyloarthrite axiale.**

**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 spondyloarthrite axiale), mais aussi des attentes des rhumatologues.**

**Ce carnet a pour but de faciliter le suivi et la gestion de votre spondyloarthrite axiale 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 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 maladie rhumatologique ou tous vos autres antécédents.

Date d'apparition de mes premiers symptômes de spondyloarthrite axiale

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

## 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 : .....



## 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)












# 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 :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_







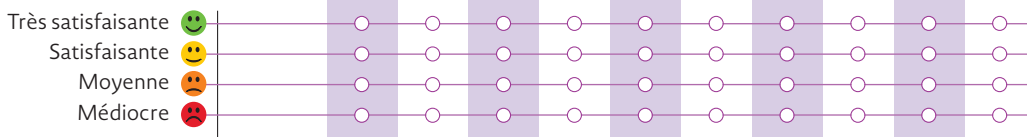


# L'évolution de ma qualité de v

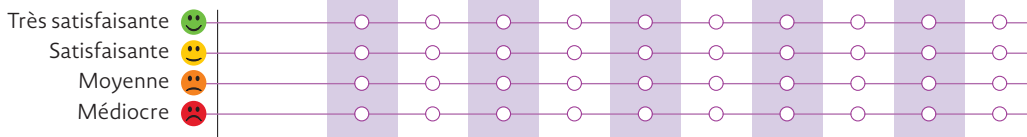
Il ne faut pas oublier d'apporter à votre médecin les éléments indispensables  
 Vous pouvez relier les points entre eux pour visualiser l'évolution de votre qua

DATE	Jour	Mois	Année
À remplir tous les .....	□□	□□	□□
(à discuter avec mon médecin)	□□	□□	□□

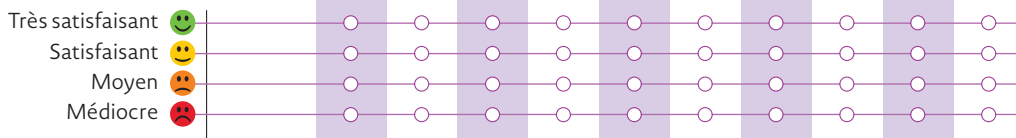
## Ma santé physique



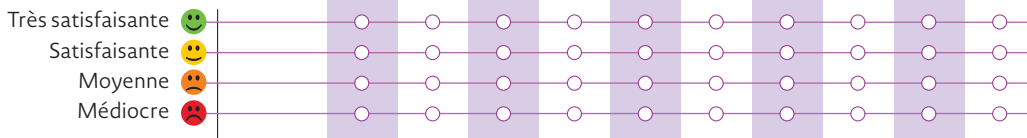
## Ma vie sociale



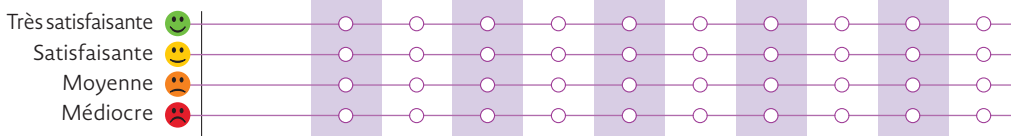
## Mon équilibre psychologique



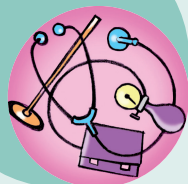
## Ma vie professionnelle



## Ma vie sexuelle







# Ma santé : autres événements

**Il est important pour votre équipe médicale de connaître votre état de santé en dehors de votre spondyloarthrite axiale.**

■ 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 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
<b>Grippe</b> <sup>(1)</sup> (tous les ans)	_____	_____
<b>Pneumocoque</b> * <sup>(1)</sup>	_____	_____
<b>DT Polio</b> <sup>(1)</sup> (tous les 10 ans)	_____	_____
<b>Autres</b>		
■ .....	_____	_____
■ .....	_____	_____
■ .....	_____	_____
■ .....	_____	_____

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<sup>(1)</sup>.

### 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 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"/> .....	_____



© 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-210024-05/2021

ISBN : 978-2-35447-265-8



