

CARNET DE SUIVI DU TRAITEMENT

par biothérapie anti-TNF par voie sous-cutanée

Maladies inflammatoires chroniques

Suivre sa maladie



Bienvenue	3
Anti-TNF	4
Vos interlocuteurs à l'hôpital	6
Vos interlocuteurs en ville	8
À quoi s'attendre suite au traitement	10
Quelques informations pratiques	11
Agenda de traitement	12
Mon suivi	30
L'évolution de ma qualité de vie	38
Conseils de voyage pour les patients	42
Certificat de voyage	43
Déclaration de douane/Sécurité de voyage	44
Remerciements	45
Notes	46

Vous êtes atteint(e) d'une maladie inflammatoire chronique et votre médecin vous a prescrit une biothérapie injectable anti-TNF.

Ce carnet de suivi a pour objectif de vous aider à débiter et à suivre votre traitement par biothérapie. Il contient des aide-mémoires pour faciliter vos interactions avec les professionnels de santé qui vous suivent, et propose un certain nombre de conseils et d'avis utiles pour vous aider à ne pas oublier vos injections et le renouvellement de votre prescription.



Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

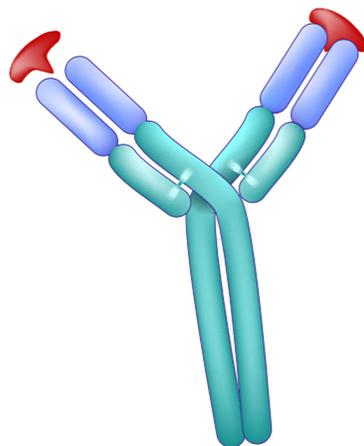
ANTI-TNF

Le TNF alpha (Tumor Necrosis Factor ou Facteur de Nécrose Tumorale) est une molécule présente dans l'organisme et acteur de l'inflammation et de la défense immunitaire.

Au cours des maladies inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, spondylarthrite ankylosante, psoriasis...), le TNF est produit en trop grande quantité et est responsable de l'inflammation et de l'altération des tissus (articulations, peau, intestins...) sur le long terme.¹

Les anti-TNF alpha sont des biothérapies dont le rôle est de bloquer l'action du TNF afin de limiter l'intensité de la réaction inflammatoire.

STRUCTURE D'UN ANTI-TNF



VOS INTERLOCUTEURS À L'HÔPITAL

LE MÉDECIN HOSPITALIER RÉFÉRENT

C'est lui qui initie votre traitement.

Nom :

Service :

Téléphone :



AUTRE

Nom :

Service :

Téléphone :



AUTRE

Nom :

Service :

Téléphone :



AUTRE

Nom :

Service :

Téléphone :



AUTRE

Nom :

Service :

Téléphone :



AUTRE

Nom :

Service :

Téléphone :



L'INFIRMIÈRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

C'est elle qui peut avoir un rôle dans l'information sur le médicament et le suivi du traitement.

Nom :

Service :

Téléphone :



VOS INTERLOCUTEURS EN VILLE

LE MÉDECIN TRAITANT

C'est lui qu'il faut consulter si vous avez le moindre problème.

Nom :

Adresse :

Téléphone :

LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

C'est lui qui réalise le suivi médical entre les visites avec votre médecin hospitalier référent. Il peut renouveler et adapter votre traitement si besoin.

Nom :

Adresse :

Téléphone :

LE KINÉSITHÉRAPEUTE

Nom :

Service :

Téléphone :

LABORATOIRE D'ANALYSE

Nom :

Service :

Téléphone :



LE PHARMACIEN D'OFFICINE

C'est lui qui délivre votre traitement lorsque celui-ci n'est pas uniquement disponible à l'hôpital et qu'il faut questionner au quotidien si vous avez le moindre problème.

Nom :

Adresse :

Téléphone :

L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE

C'est parfois elle qui vient à domicile pour effectuer l'injection de votre traitement.

Nom :

Adresse :

Téléphone :

À QUOI S'ATTENDRE SUITE AU TRAITEMENT

Votre traitement est un médicament biologique anti-TNF.

La réussite du traitement peut se concevoir différemment pour chaque patient.

Bien que les médicaments biologiques apportent un soulagement important à un grand nombre de patients, ils ne sont malheureusement pas efficaces chez tout le monde. Certains patients ne tireront aucun bénéfice du traitement et d'autres devront l'abandonner en raison de ses effets indésirables.



QUELQUES INFORMATIONS PRATIQUES

BIOTHÉRAPIE

Nom du médicament :

.....

Posologie :

en injection(s) toutes les semaines :

Suivre les instructions qui se trouvent dans la boîte.

CONSEILS SI INJECTION DOULOUREUSE

- Refroidir la zone d'injection avant et après l'injection.
- Incliner le stylo/seringue de gauche à droite afin d'homogénéiser le produit.
- Varier régulièrement les sites d'injections.
- Ne pas frotter après l'injection, juste tamponner.

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, au moins à 5 cm à gauche ou à droite du nombril, cuisses) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions. Éviter les grains de beauté, vergetures.



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires.

TRAITEMENT

INJECTION 1

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 2

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



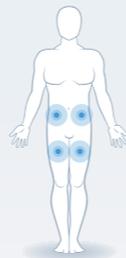
INJECTION 3

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 4

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 5

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 6

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 7

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 8

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 9

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 10

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 11

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 12

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 13

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 14

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



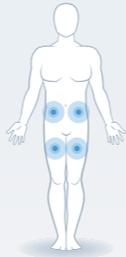
INJECTION 15

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 16

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 17

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 18

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 19

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 20

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 21

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 22

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 23

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 24

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 25

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



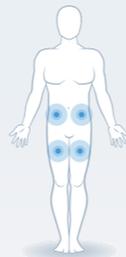
INJECTION 26

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



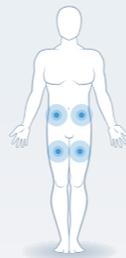
INJECTION 27

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 28

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 29

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 30

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 31

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



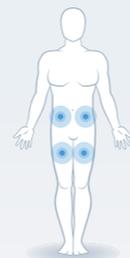
INJECTION 32

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 33

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 34

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 35

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 36

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 37

Date prévue de l'injection : / /

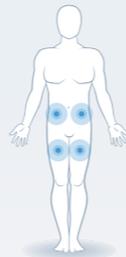
Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 38

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 39

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 40

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 41

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 42

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 43

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 44

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 45

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 46

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 47

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 48

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



AGENDA DE TRAITEMENT

Si l'injection n'est pas réalisée (oubli, impossibilité...), il est important de le signaler dans les commentaires pour que le médecin soit informé.

TRAITEMENT

INJECTION 49

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



INJECTION 50

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



INJECTION 51

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....



TRAITEMENT

INJECTION 52

Date prévue de l'injection : / /

Date réelle de l'injection : / /

Notes :

.....

SITE D'INJECTION

(Indiquez le site choisi pour cette injection sur l'illustration)



MON SUIVI

Vous avez un traitement qui nécessite une surveillance adaptée avec votre médecin. Cette partie lui permettra de suivre vos vaccinations, vos prises de sang, imageries et vos consultations. Pensez à bien apporter ce livret à chaque consultation.

MES VACCINS

GRIPPE (25, 45 et 65 ans puis tous les 10 ans)

Date de mon vaccin : / / Mon prochain rappel : / /

PNEUMOCOQUE

Date de mon vaccin : / / Mon prochain rappel : / /

DT POLIO (tous les 10 ans)

Date de mon vaccin : / / Mon prochain rappel : / /

AUTRES

.....

.....

.....

.....

Les vaccins contre-indiqués lors d'un traitement par anti-TNF, 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.

MES PRISES DE SANG

Date : / / Commentaires :

Date : / / Commentaires :

Date : / / Commentaires :

Date : / / Commentaires :



PENSEZ À AMENER VOS ANCIENS RÉSULTATS LORS DE CHAQUE CONSULTATION.

MES IMAGERIES



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....



RADIOS/SCANNER/ÉCHOGRAPHIE/IRM

Date : / / Commentaires :

.....

MES CONSULTATIONS, MES INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES



RHUMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



RHUMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



RHUMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



GYNÉCOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



GYNÉCOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



GYNÉCOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....



DENTISTE

Date : / / Commentaires :

.....



DENTISTE

Date : / / Commentaires :

.....



DENTISTE

Date : / / Commentaires :

.....



DERMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

.....

MES CONSULTATIONS, MES INVESTIGATIONS SPÉCIFIQUES

DERMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

DERMATOLOGIE

Date : / / Commentaires :

AUTRES

Date : / / Commentaires :

AUTRES

Date : / / Commentaires :

AUTRES

Date : / / Commentaires :



L'ÉVOLUTION DE MA QUALITÉ DE VIE

Pensez aussi à apporter à votre médecin les informations importantes pour améliorer votre qualité de vie. Vous pouvez relier les points entre eux pour mieux visualiser l'évolution de votre qualité de vie.

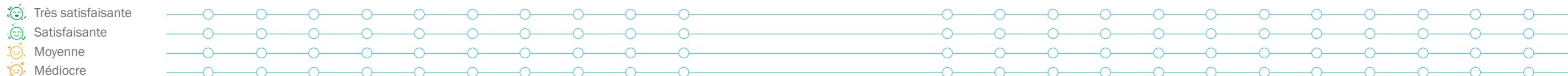
À remplir tous les jours (à discuter avec votre médecin).

Jour	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Mois	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Année	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__

MA SANTÉ PHYSIQUE



MA VIE SOCIALE



L'ÉVOLUTION DE MA QUALITÉ DE VIE

Jour	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Mois	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Année	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__

MON ÉQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE



MA VIE PROFESSIONNELLE



MA VIE SEXUELLE





Parlez-en d'abord à votre médecin.

Contactez par téléphone ou par courrier électronique la compagnie aérienne avec laquelle vous allez voyager. La compagnie aérienne peut avoir des recommandations spécifiques relatives au voyage avec des médicaments.

Votre traitement doit être conservé dans des conditions de température et de pression contrôlées.

Il est par conséquent recommandé de garder le médicament avec vous en cabine et non en soute.

Votre médecin devra vous fournir un certificat de transport de matériel injectable et une prescription rédigée en « Dénomination Commune Internationale » pour voyage avec une quantité suffisante de traitement pour couvrir toute la durée de votre séjour. Vous, ou le personnel soignant, devrez aussi communiquer à la compagnie aérienne toutes les informations présentes dans le certificat du médecin au moment de l'appel. **Votre traitement devra être conservé dans son emballage d'origine avec les informations de prescription écrites sur la boîte (généralement réalisé par la pharmacie qui délivre le produit) et votre nom complet, correspondant au nom inscrit sur le billet d'avion.**



POUR EN SAVOIR PLUS, VOUS POUVEZ CONSULTER LES SITES CI-DESSOUS

Ministère de la santé

www.sante.gouv.fr/recommandations-sanitaires-aux-voyageurs.html

Institut National de Veille Sanitaire

www.invs.santé.fr

Ministère des Affaires Étrangères

www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs

Demandez à votre médecin de bien vouloir compléter ce certificat et pensez à prendre votre ordonnance lors de votre voyage.

Je soussigné(e) Dr *I hereby, Dr*
 certifie que Mme/Mlle/M. *certify that Mr/Mrs*
 né(e) le *born on* / / nécessite un traitement prolongé par (nom commercial + DCI) *requires a prolonged treatment with*

 dans le cadre du traitement de *for the treatment of*

 Posologie :
 Ce médicament peut s'auto-administrer par injection sous-cutanée avec un stylo/une seringue prérempli(e).
 Je certifie que ce traitement ne contient aucune substance narcotique ou psychotrope. *This medicine can be self-administered by subcutaneous injection using a prefilled syringe or pen. I certify that this treatment contains no narcotic or psychotropic substance.* De ce fait, lors de ses voyages, *Due to this necessity, while he/she is travelling,*
 Mme/Mlle/M. *Mrs/Ms/Mr*

 Doit pouvoir transporter avec lui/elle ses médicaments en cabine. *must be allowed to carry these medicines with him/her.*
 Date *date* / /
 Lieu *place*

Signature et cachet du médecin

Mon patient transporte une quantité de

 correspondant
 à la dose qui lui a été normalement prescrite.

*My patient carries a quantity of

 corresponding to the normally
 prescribed dose.*

Ce produit s'administre par injection sous-cutanée au moyen d'un stylo prérempli ou d'une seringue préremplie. Ce traitement est indiqué pour diverses maladies inflammatoires et n'est ni un narcotique ni une substance réglementée. Le produit doit être conservé au réfrigérateur, à une température comprise entre 2 et 8 °C, et ne doit pas être congelé.

This product is administered by subcutaneous injection using a pre-filled pen or a pre-filled syringe. This treatment is indicated for various inflammatory diseases and is neither a narcotic nor a regulated substance. The product should be stored in a refrigerator at 2-8 °C and should not be frozen.

Il est donc indispensable que mon patient transporte son médicament dans la cabine. Le contenu du stylo ou de la seringue n'est pas sous pression et n'engendre donc aucun risque au cours du vol.

It is therefore essential that my patient carries his medicine in the cabin. The contents of the pen or syringe are not under pressure and therefore will not cause any risk during the flight.

Un arrêt brutal du schéma d'administration peut aggraver fortement l'état de santé de mon patient.

A sudden termination of the administration regimen can seriously worsen my patient's condition.

Mme Agnès HENNE, IDE en rhumatologie au CHU de Hautepierre (*Strasbourg*)
 Mme Muriel VELTIN, IDE en gastro-entérologie au CHU de Brabois (*Nancy*)
 Mme Marie-Hélène GRAUL, IDE en rhumatologie au CHR de Thionville
 Mme Christele CERVEAUX, IDE en rhumatologie au CHU de Rouen

RÉFÉRENCES

1. Tracey *et al*, Tumor Necrosis Factor antagonist mechanisms of action: a comprehensive review. *Pharmacol Ther.*2008 Feb; 117 (2):244-79.

Services Care

Vous êtes atteint(e) d'une maladie inflammatoire chronique. Biogen vous propose les services **CARE+** qui vous accompagnent dans la compréhension et le suivi de votre maladie et de votre traitement. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien.



Centre d'appel BIOSIMILAIRES

01 77 69 68 14

Prix d'un appel local

Pour toute information médicale ou de pharmacovigilance concernant les biosimilaires, merci de nous contacter au centre d'appel biosimilaires ou par email à medinfo.europe@biogen.com