

MOI AUSSI,
je m'engage

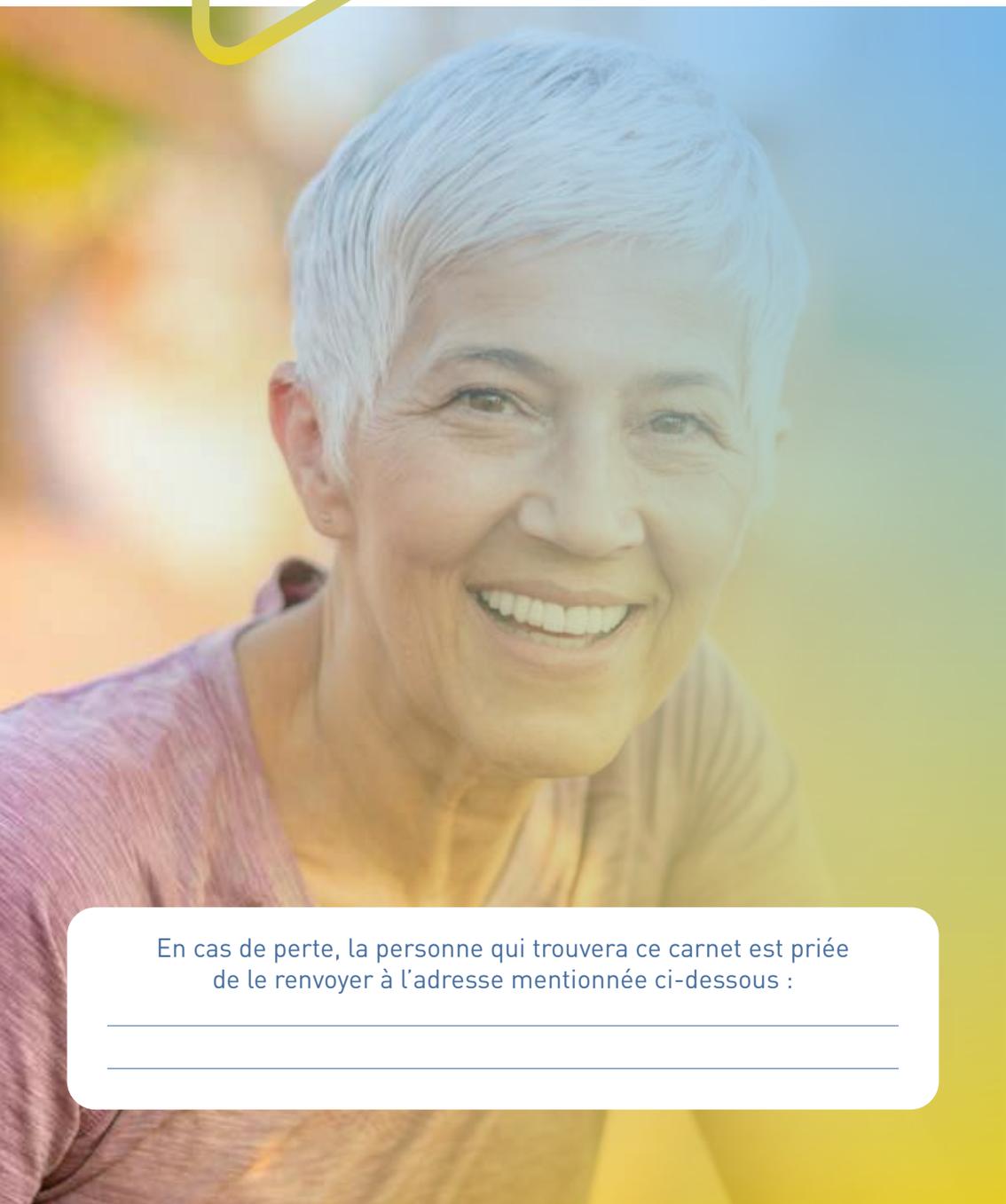


MON CARNET
de suivi

▶ *Mon traitement
anti-ostéoporotique*

AMGEN[®]

MOI AUSSI,
je m'engage



En cas de perte, la personne qui trouvera ce carnet est priée
de le renvoyer à l'adresse mentionnée ci-dessous :

Être actrice de mon parcours ostéoporose

Pour bien traiter l'ostéoporose, un suivi à long terme est primordial. Pour vous aider, ce carnet de suivi vous permettra de regrouper tous les éléments importants de votre parcours de soins et de votre quotidien.

Dès le début de votre traitement, nous vous invitons à renseigner les informations générales sur votre santé, votre maladie et votre hygiène de vie.

Tout au long de votre prise en charge, vous pourrez consigner vos rendez-vous médicaux et vos résultats d'examen, de même que vos habitudes alimentaires et vos activités physiques.

Nous vous conseillons de remplir ce carnet avec le plus grand soin et de ne pas hésiter à vous faire aider par vos proches dans cette tâche. Vous et vos soignants pourrez alors suivre attentivement votre maladie.

Il est important que chacun de vos soignants puisse consulter ce carnet et le compléter si nécessaire. Prenez l'habitude de le prendre avec vous à chaque rendez-vous tant avec le rhumatologue que vos autres soignants (médecin généraliste, dentiste, infirmière...).

MES INFORMATIONS PERSONNELLES AU DÉBUT DE MON TRAITEMENT

(informations à remplir avec le rhumatologue)



Cette section est dédiée au début de votre prise en charge. Les informations renseignées ici permettront d'évaluer votre état de santé et d'adapter votre traitement en conséquence. Vos soignants pourront utiliser ces informations pour surveiller l'évolution de votre maladie.



Ma date de naissance : ____ / ____ / ____



Ma taille : À 20 ans : ____ cm
Au début de mon traitement (____/____/____) : ____ cm



Mon poids : À 20 ans : ____ kg
Au début de mon traitement (____/____/____) : ____ kg



Tabac : Non Oui
Si oui, indiquer le nombre de cigarettes par jour : ____



Alcool : Non Oui
Si oui, indiquer le nombre de verres par semaine : ____



Mon activité physique :

Types d'activité

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Vélo |
| <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Gymnastique |
| <input type="checkbox"/> Sport en salle | <input type="checkbox"/> Autres : |

Fréquence

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> Autres : |

Durée

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes | <input type="checkbox"/> Plus d'une heure |
| <input type="checkbox"/> 30 à 60 minutes | <input type="checkbox"/> Autres : |

MES INFORMATIONS PERSONNELLES AU DÉBUT DE MON TRAITEMENT

(informations à remplir avec le rhumatologue)



Mes apports en calcium et vitamine D

Nombre de produits laitiers consommés par jour : _____

Temps d'exposition au soleil par jour : _____

Supplémentations vitamino-calciques :

- Posologie : _____
- Date d'instauration : _____
- Date de fin : _____



Mes antécédents de fractures

Non Oui

Localisation de la fracture : _____

Date : ____/____/____

Localisation de la fracture : _____

Date : ____/____/____

Localisation de la fracture : _____

Date : ____/____/____



Mes antécédents familiaux

Ostéoporose

Fracture de la hanche : une seule
 plusieurs

De quel proche s'agit-il ? : _____



Mes derniers examens

Bilan biologique du ____/____/____

Calcémie : _____

Clairance de la créatinine : _____

Vitamine D (25 OH D3) : _____

PTH* : _____

Autres : _____

Ostéodensitométrie du ____/____/____

T-Score (DMO)

Rachis lombaire : _____

Extrémité supérieure du fémur : _____

Radiographie du rachis du ____/____/____

VFA** du ____/____/____

*Parathormone. **Évaluation des fractures vertébrales [Vertebral Fracture Assessment].

MES INFORMATIONS PERSONNELLES AU DÉBUT DE MON TRAITEMENT

(informations à remplir avec le rhumatologue)



Mes traitements antérieurs pour l'ostéoporose

- Nom : _____
Date d'instauration : _____
Date de fin : _____
Score DMO avant traitement : _____
Score DMO après traitement : _____

- Nom : _____
Date d'instauration : _____
Date de fin : _____
Score DMO avant traitement : _____
Score DMO après traitement : _____



Mon traitement pour l'ostéoporose

- Nom : _____
Date d'instauration : _____
Posologie : _____

Cachet du médecin



Mon dernier rendez-vous chez le dentiste

Date de dernière consultation : ____ / ____ / ____
Observations : _____



Mes autres maladies et leur traitement

- Nom : _____
Date du diagnostic : _____
Traitement : _____
Date d'instauration/de fin : _____

- Nom : _____
Date du diagnostic : _____
Traitement : _____
Date d'instauration/de fin : _____



Mes autres informations médicales importantes

▶ MON ÉQUIPE SOIGNANTE

Vous retrouverez dans cette section toutes les coordonnées de vos professionnels de santé en un clin d'oeil.



Mon rhumatologue

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon médecin traitant

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon dentiste

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon infirmière

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon gynécologue

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon pharmacien

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Mon kinésithérapeute

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Il est important que votre médecin généraliste et votre dentiste soient informés de votre traitement. Veillez à leur montrer votre carnet pour qu'ils puissent adapter vos soins.

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

Parce que plusieurs années de suivi demandent souvent de l'organisation, votre **agenda de suivi** vous permet de garder une trace de **tous vos rendez-vous**, de même que toutes les informations importantes pour vous.

Mon année 20

*Vous pouvez y consigner vos **rappels d'administration** mais également votre ressenti vis-à-vis de la maladie, l'application des conseils hygiéno-diététiques fixés avec votre médecin et tout point à discuter avec votre professionnel de santé lors d'un prochain rendez-vous.*

JANVIER

FÉVRIER

JUILLET

AOÛT

MARS

AVRIL

SEPTEMBRE

OCTOBRE

MAI

JUIN

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

▶ LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE

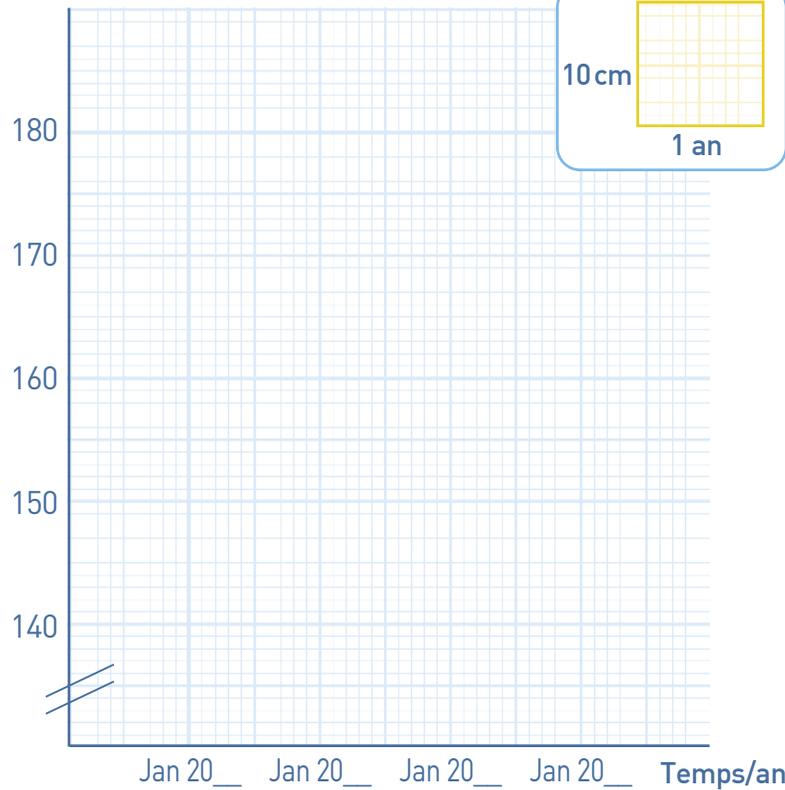


Votre taille et votre poids sont de précieux indicateurs pour vos soignants. Veillez à vous mesurer et vous peser dans des conditions identiques à chaque fois. Une consultation chez votre médecin est idéale.

Ma taille



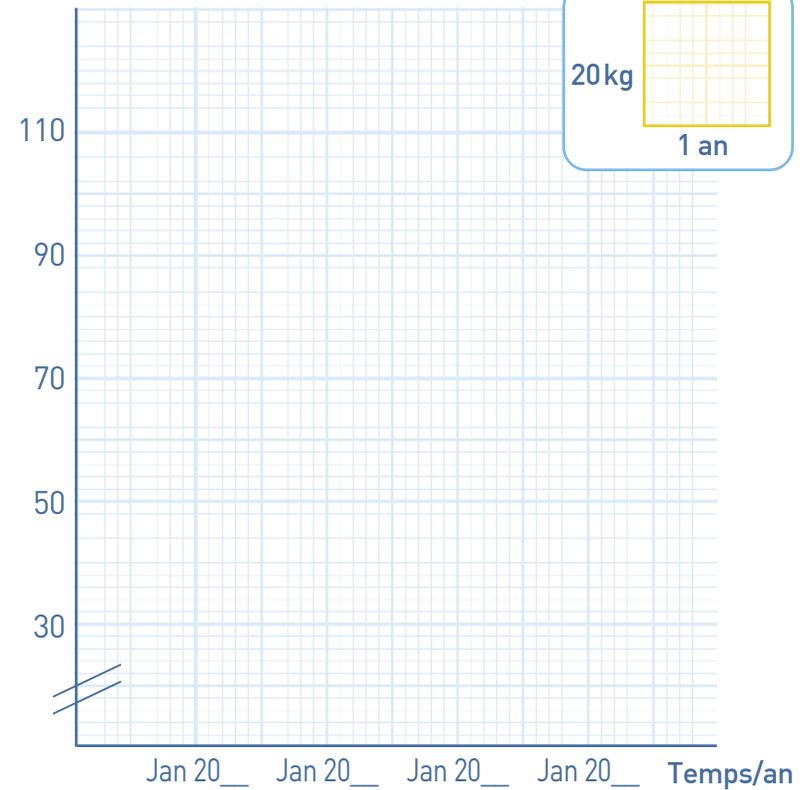
Taille (cm)



Mon poids



Taille (cm)



LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE



Pour suivre l'efficacité de votre traitement, votre médecin vous examinera régulièrement et pourra s'appuyer sur un **bilan biologique** et l'**ostéodensitométrie**. Il vous indiquera les examens appropriés à votre situation.

Bilan biologique du ____ / ____ / ____

Calcémie : _____

Clairance de la créatinine : _____

Vitamine D (25 OH D3) : _____

Autres : _____

Ostéodensitométrie du ____ / ____ / ____

T-Score (DMO)

Rachis lombaire : _____

Extrémité supérieure du fémur : _____

Radiographie du rachis du ____ / ____ / ____

VFA* du ____ / ____ / ____

Autres

*Évaluation des fractures vertébrales [Vertebral Fracture Assessment].

Bilan biologique du ____ / ____ / ____

Calcémie : _____

Clairance de la créatinine : _____

Vitamine D (25 OH D3) : _____

Autres : _____

Ostéodensitométrie du ____ / ____ / ____

T-Score (DMO)

Rachis lombaire : _____

Extrémité supérieure du fémur : _____

Radiographie du rachis du ____ / ____ / ____

VFA* du ____ / ____ / ____

Autres

LE SUIVI DE MON OSTÉOPOROSE



Pour suivre l'efficacité de votre traitement, votre médecin vous examinera régulièrement et pourra s'appuyer sur un **bilan biologique** et l'**ostéodensitométrie**. Il vous indiquera les examens appropriés à votre situation.

Bilan biologique du ____ / ____ / ____

Calcémie : _____

Clairance de la créatinine : _____

Vitamine D (25 OH D3) : _____

Autres : _____

Ostéodensitométrie du ____ / ____ / ____

T-Score (DMO)

Rachis lombaire : _____

Extrémité supérieure du fémur : _____

Radiographie du rachis du ____ / ____ / ____

VFA* du ____ / ____ / ____

Autres

*Évaluation des fractures vertébrales [Vertebral Fracture Assessment].

Bilan biologique du ____ / ____ / ____

Calcémie : _____

Clairance de la créatinine : _____

Vitamine D (25 OH D3) : _____

Autres : _____

Ostéodensitométrie du ____ / ____ / ____

T-Score (DMO)

Rachis lombaire : _____

Extrémité supérieure du fémur : _____

Radiographie du rachis du ____ / ____ / ____

VFA* du ____ / ____ / ____

Autres

