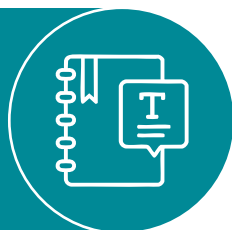


CARNET DE SUIVI DES PERFUSIONS

TRAITEMENT À DOMICILE PAR IMMUNOGLOBULINE SOUS-CUTANÉE

Ce carnet de suivi est personnel. Il contient des données de santé confidentielles. Dans le cas où vous trouveriez ce carnet, nous vous remercions de bien vouloir le retourner sous enveloppe fermée, à son propriétaire (coordonnées en p4).



BIEN UTILISER MON CARNET DE SUIVI

Votre médecin pour vous a prescrit HyQvia ou l'a prescrit à la personne dont vous vous occupez. Vous avez décidé, en accord avec votre médecin, que vous pouviez utiliser HyQvia à domicile

Ce **carnet de suivi** a été élaboré pour vous aider à suivre votre traitement : respecter le calendrier de perfusions et observer votre état de santé. Vous remplirez à chaque perfusion une fiche de suivi. Ce carnet vous permet de garder une trace de votre traitement et de son évolution. Il facilite les échanges avec les professionnels qui vous suivent. Il vous aidera à préparer vos consultations et facilitera la communication entre les différentes personnes impliquées dans votre traitement : vous, votre famille, le médecin hospitalier, le pharmacien hospitalier, le médecin traitant, l'infirmier(ère), etc.

IL EST DONC ESSENTIEL DE BIEN COMPLETER CE CARNET, QU'IL RESTE EN VOTRE POSSESSION ET QUE VOUS L'APPORTIEZ A CHAQUE CONSULTATION OU PASSAGE A LA PHARMACIE

RENSEIGNEZ SOIGNEUSEMENT LES FICHES DE PERFUSION :

- le **déroulement de la perfusion** : date, volume injecté, le débit de perfusion, les sites de perfusion et leur nombre.
- toute **réaction ou effet secondaire**, toute amélioration ou tout changement de votre **état de santé**.
- toutes les **questions ou préoccupations** dont vous souhaitez discuter avec votre équipe soignante.
- le numéro de lot administré (traçabilité) : chaque lot fabriqué est unique et peut être suivi grâce à **deux étiquettes de traçabilité** apposées sur chaque flacon, c'est une sécurité. Ces étiquettes comportent le numéro du lot et le nom du médicament. La 1^{ère} étiquette doit être collée sur le carnet de suivi et la seconde sur l'ordonnance.

Renseignez une fiche à chaque perfusion dès que vous l'avez terminée. Et complétez la si vous présentez des effets postérieurs au traitement.

Votre médecin doit également vous remettre un **guide d'administration** pour vous aider à vous administrer le traitement vous même sans faire d'erreur.

Mon carnet de suivi HyQvia

P.4

Mes informations personnelles

P.5

Mes professionnels de santé

P.7

Mon traitement mois après mois

- Rappel des informations importantes
- Votre fiche d'enregistrement du traitement
- Fiches de suivi

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

E-mail :

Mon déficit immunitaire :

Date de début du traitement par HyQvia :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél. fixe : Portable :

Mes traitements en cours

.....

.....

.....

.....

.....

Mes allergies

.....

.....

.....

.....

MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Mon médecin spécialiste, initiateur du traitement

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Adresse :

Infirmier(ère)s

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Adresse :

Infirmier(ère) hospitalier(ère) responsable de la formation

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Pharmacie hospitalière

Nom :

Tél. :

Hôpital de proximité

Nom :

Tél. :

Adresse :

Mon médecin traitant

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Adresse :

Infirmier(ère)s

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Adresse :

Mon prestataire de service

Nom :

Prénom :

Tél. :

E-mail :

Adresse :

Pharmacie de ville

Nom :

Tél. :

Association de patients

Nom :

Tél. :

Adresse :

SAMU : 15 SERVICE D'URGENCE : 112

CARNET DE SUIVI

MON TRAITEMENT MOIS APRÈS MOIS

Vous n'avez qu'une seule fiche de suivi clinique et de traçabilité à compléter à chaque administration.

Celle-ci sera automatiquement dupliquée grâce au feuillet auto-copiant (pensez à insérer le rabat cartonné après chaque duplicata (feuillet bleu) pour ne pas marquer les feuillets suivants).

Un exemplaire de chaque fiche devra être remis au médecin hospitalier ; l'autre devra être conservé par vos soins.

Vous pouvez également remplir en complément la fiche de suivi biologique en page suivante.

RAPPELS DES INFORMATIONS IMPORTANTES

Avant la perfusion

- Suivez toujours les instructions qui vous sont fournies par votre professionnel de santé concernant la dose, le calendrier et la manière de perfuser le traitement par **HyQvia**.
- Assurez-vous que vous êtes hydraté(e) en buvant beaucoup avant la perfusion.
- Choisissez une journée paisible et planifiez à l'avance afin d'éviter toute perturbation pendant la perfusion.
- Demandez à une autre personne responsable, à votre parent, à votre tuteur ou à votre aidant(e), de vous aider pour effectuer votre perfusion (le cas échéant) et de surveiller la survenue d'effets indésirables en particulier de réactions allergiques. Préparez votre matériel et lisez les instructions qui vous sont fournies.
- Utilisez ce carnet de suivi pour garder une trace des informations sur la date, l'heure, la dose, le site de perfusion et sur toute réaction.
- Ne pas perfuser **HyQvia** dans ou autour d'une zone infectée, rouge ou gonflée.

Pendant la perfusion

- Installez-vous confortablement et essayez de vous détendre pendant votre perfusion.
- Les réactions au site de la perfusion comme une douleur, y compris une gêne et une **sensibilité légères à modérées, une rougeur, un gonflement, des démangeaisons, un durcissement et une éruption cutanée** sont les effets indésirables les plus fréquents associés au traitement par **HyQvia**. D'autres effets indésirables fréquents, non limités au site de la perfusion comprennent **les maux de tête, la fatigue, les nausées, les vomissements, la diarrhée, les douleurs abdominales, les douleurs musculaires ou articulaires, les douleurs thoraciques, la fièvre et la sensation de faiblesse ou de malaise**. D'autres effets indésirables peu fréquents peuvent également se produire. Veuillez lire la notice d'utilisation d'**HyQvia** et à la partie « **Effets indésirables** » du guide destiné aux patients/aidants pour plus d'informations.

Informations importantes

Les perfusions d'HyQvia peuvent occasionnellement entraîner des **réactions allergiques rares mais graves**.

Vous pourriez présenter :

- une baisse soudaine de la tension artérielle
- un choc anaphylactique.

Les professionnels de santé sont informés du risque d'apparition de ces effets indésirables éventuels et vous surveilleront pendant et après les perfusions initiales.

Les signes ou symptômes à surveiller sont les suivants :

- sensation d'étourdissement, vertige ou évanouissement,
- éruption cutanée accompagnée de démangeaisons,
- gonflement dans la bouche ou la gorge,
- difficultés à respirer, respiration sifflante,
- fréquence cardiaque anormale,
- douleur dans la poitrine,
- cyanose (coloration bleue) des lèvres ou des doigts et des orteils
- troubles de la vision.

Si vous remarquez l'un de ces signes durant la perfusion, arrêtez le traitement et informez immédiatement le professionnel de santé qui vous suit.

SAMU : 15 - URGENCES : 112

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou, votre pharmacien ou à votre infirmier(ère). Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

Après la perfusion

- Continuez à boire pour rester hydraté(e)
- Renseignez la perfusion dans votre carnet de suivi
- Assurez-vous d'effectuer un suivi régulier avec votre professionnel de santé

Pour une information plus complète, référez-vous à la notice d'utilisation d'HyQvia.

FICHE D'ENREGISTREMENT DU TRAITEMENT

Lorsque vous commencerez le traitement par HyQvia, votre médecin ou un infirmier(ère) déterminera la dose et la fréquence de perfusion appropriées. Inscrivez ces informations dans la fiche de suivi clinique et de traçabilité ci-après afin de garder une trace de la dose, du vitesse de perfusion et d'autres paramètres de la vitesse.

Si besoin, vous pouvez vous faire aider de votre médecin ou votre infirmier(e) pour compléter les différentes informations.

Si HyQvia vous a été prescrit pour compenser un **déficit de votre système immunitaire**, la dose initiale est généralement comprise entre 400 et 800 mg par kilogramme de poids corporel, par mois. Au départ, cette dose est administrée progressivement : vous recevrez d'abord un quart de la dose totale chaque semaine, avant d'augmenter vers des perfusions complètes toutes les 3 à 4 semaines.

Selon votre situation, votre médecin pourra :

- Ajuster la dose en fonction de votre réponse au traitement.
- Fractionner les doses importantes et les administrer sur deux sites en même temps, si nécessaire.

Si HyQvia vous a été prescrit pour traiter une **polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique**, le traitement commence 1 à 2 semaines après votre dernière perfusion intraveineuse d'immunoglobulines. Il s'agit de maintenir l'efficacité avec une dose hebdomadaire équivalente, administrée sous la peau.

Votre médecin pourra ensuite :

- Adapter la dose et la fréquence des perfusions selon votre tolérance et votre réponse.
- Fractionner la dose (si elle dépasse 120 g par jour ou si le volume est trop important) en plusieurs administrations, espacées de 48 à 72 heures, pour une meilleure absorption.
- Dans ce cas, la hyaluronidase sera également fractionnée de façon appropriée pour assurer une bonne absorption.

Pour une information plus complète, référez-vous à la notice d'utilisation d'HyQvia.

Apportez ce carnet de suivi à tous vos rendez-vous afin que vous et votre professionnel de santé puissiez indiquer tout changement de dose ou de calendrier d'administration.

Ne modifiez jamais votre traitement sans avis médical.

Respectez scrupuleusement les instructions de votre médecin concernant la dose, la vitesse de perfusion et le calendrier de perfusion d'HyQvia afin d'assurer l'efficacité du traitement.

Mesurées avant chaque administration d'IgG,
les concentrations résiduelles en IgG
permettent d'ajuster la posologie et l'intervalle d'administration.
Vous pouvez renseigner ces informations dans le tableau ci-dessous.

[illegible]

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg

Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Date ?
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :

Date et heure d'administration :

Dose prescrite : g (..... mL)

Dose administrée : g (..... mL)

Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes

Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h

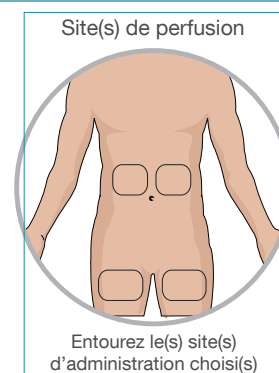
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notes ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRACABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton.

Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité.

La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette
de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette
de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette
de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette
de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

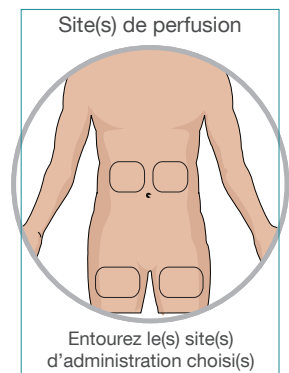
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

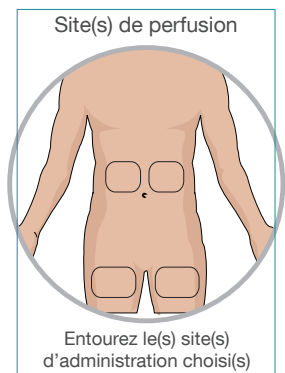
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

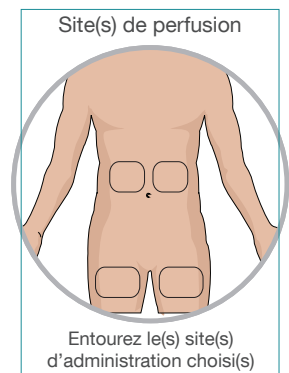
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

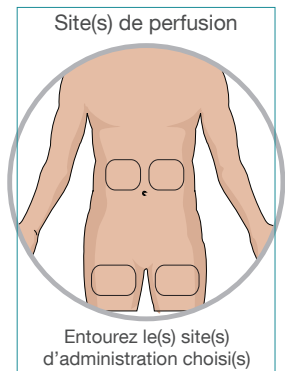
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
 Numéro(s) de lot :

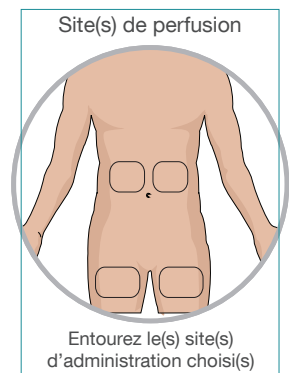
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
 Date et heure d'administration :
 Dose prescrite : g (..... mL)
 Dose administrée : g (..... mL)
 Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
 Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
 Durée de la perfusion de l'Ig :
 L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
 L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
 Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 2 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 3 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 4 Coller ici une étiquette de traçabilité
---	---	---	---

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

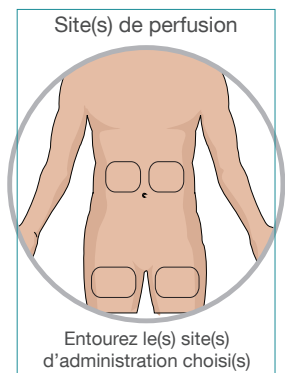
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

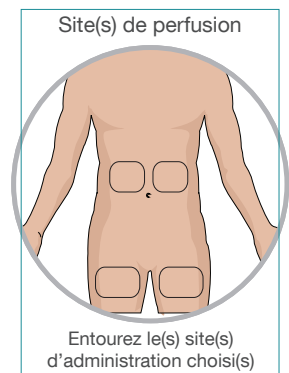
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

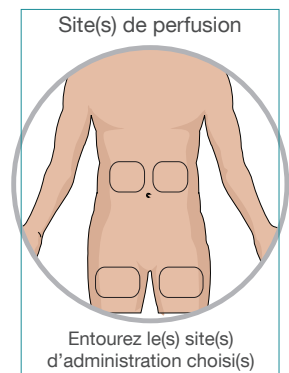
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

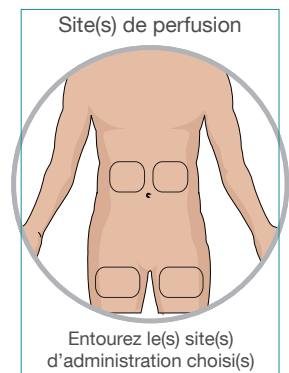
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

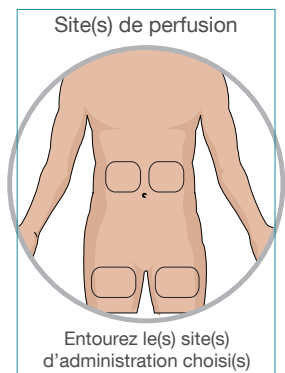
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

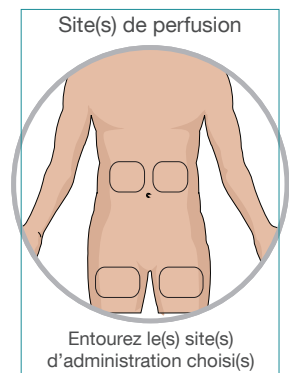
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

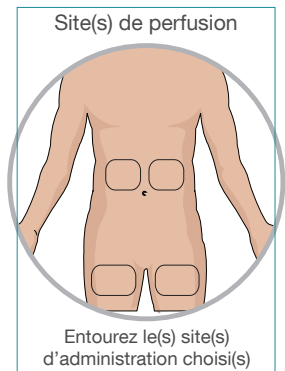
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
 Numéro(s) de lot :

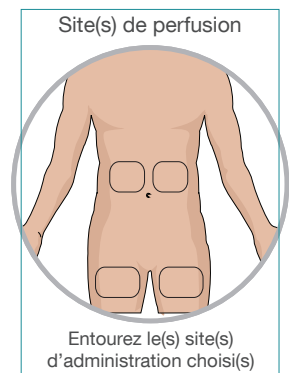
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
 Date et heure d'administration :
 Dose prescrite : g (..... mL)
 Dose administrée : g (..... mL)
 Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
 Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
 Durée de la perfusion de l'Ig :
 L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
 L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
 Autre remarque :
 En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 2 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 3 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 4 Coller ici une étiquette de traçabilité
---	---	---	---

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

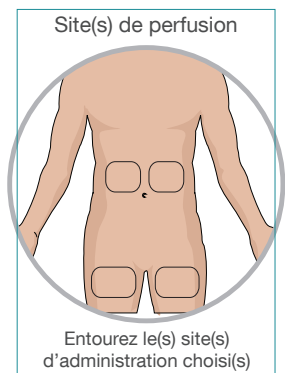
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

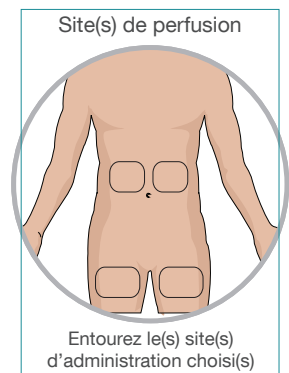
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

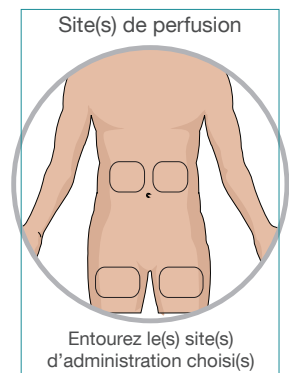
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
 Numéro(s) de lot :

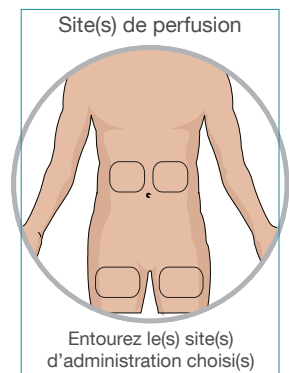
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
 Date et heure d'administration :
 Dose prescrite : g (..... mL)
 Dose administrée : g (..... mL)
 Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
 Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
 Durée de la perfusion de l'Ig :
 L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
 L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
 Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 2 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 3 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 4 Coller ici une étiquette de traçabilité
---	---	---	---

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

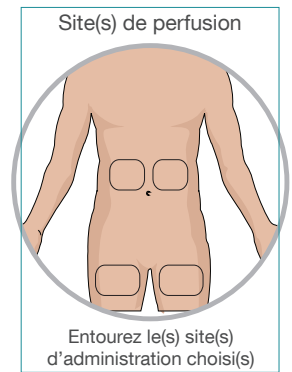
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :
L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
 Numéro(s) de lot :

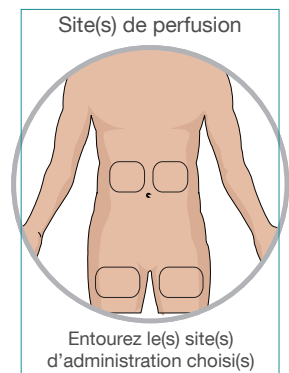
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
 Date et heure d'administration :
 Dose prescrite : g (..... mL)
 Dose administrée : g (..... mL)
 Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
 Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
 Durée de la perfusion de l'Ig :
 L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
 L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
 Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 2 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 3 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 4 Coller ici une étiquette de traçabilité
---	---	---	---

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

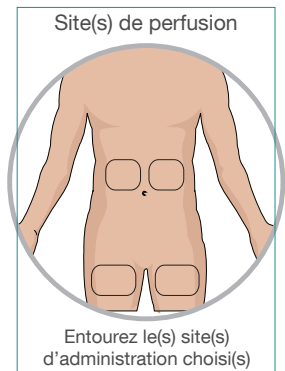
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
 Numéro(s) de lot :

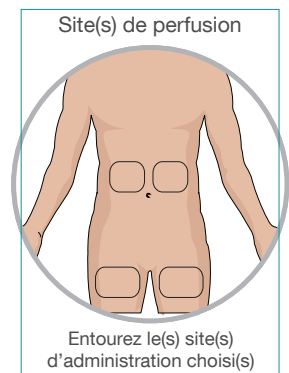
DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

Nom de l'IgSC prescrite :
 Date et heure d'administration :
 Dose prescrite : g (..... mL)
 Dose administrée : g (..... mL)
 Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
 Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
 Durée de la perfusion de l'Ig :
 L'administration a été réalisée par :
☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé
 L'administration a été surveillée par :
☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?
 Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui
 Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 2 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 3 Coller ici une étiquette de traçabilité	Flacon 4 Coller ici une étiquette de traçabilité
---	---	---	---

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

à compléter par le patient à chaque administration d'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC)

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

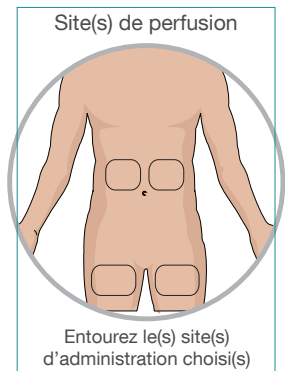
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce feuillet original doit être conservé par le patient.

FICHE DE SUIVI CLINIQUE ET DE TRAÇABILITÉ

DUPLICATA

Nom : Prénom : Poids : kg
Numéro(s) de lot :

DEPUIS LA PRÉCÉDENTE ADMINISTRATION D'IgG, AVEZ-VOUS EU :

- De la fièvre ☐ Non ☐ Oui Si oui, valeur :°C Date :
- Des épisodes infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, de quelle nature ?
Date ?
- Un traitement anti-infectieux ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom des médicaments, posologie, durée :
- Des examens complémentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, résultats des examens réalisés :

CONCENTRATION RÉSIDUELLE EN IgG (g/L) :

ADMINISTRATION

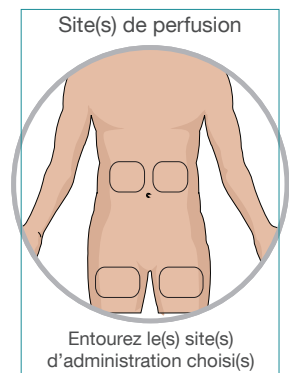
Nom de l'IgSC prescrite :
Date et heure d'administration :
Dose prescrite : g (..... mL)
Dose administrée : g (..... mL)
Vitesse de perfusion de la HY : mL en minutes
Vitesse maximale de perfusion de l'Ig : mL/h
Durée de la perfusion de l'Ig :

L'administration a été réalisée par :

☐ Patient/famille/entourage ☐ Professionnel de santé

L'administration a été surveillée par :

☐ Famille/entourage ☐ Professionnel de santé



OBSERVATIONS PENDANT L'ADMINISTRATION

Effet indésirable ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Incident avec le matériel ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous dû faire appel à votre infirmier(ère) ? ☐ Non ☐ Oui

Autre remarque :

En cas d'intolérance ou d'effet indésirable, prévenez votre infirmière, votre médecin traitant ou votre pharmacien. **En cas d'urgence, contactez votre SAMU (15) ou service d'urgence (112).**

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Notez ici vos prochains rendez-vous ou événements médicaux (vaccination, examens, etc.), ainsi que les questions et observations dont vous souhaiteriez discuter avec le personnel soignant.

TRAÇABILITÉ DES PRODUITS

Deux étiquettes de traçabilité figurent sur chaque flacon d'immunoglobuline sous-cutanée et/ou sur l'étui carton. Pour chaque flacon administré, collez ci-dessous l'une des 2 étiquettes de traçabilité. La seconde étiquette devra être collée sur le second feuillet (duplicata auto-copiant).

Flacon 1
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 2
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 3
Coller ici une étiquette de traçabilité

Flacon 4
Coller ici une étiquette de traçabilité

Ce duplicata devra être remis à votre médecin hospitalier lors de votre prochaine consultation.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable,
parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.
Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait
pas mentionné dans la notice.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement
via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère
chargé de la santé : **Site internet** : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Pour plus d'information, veuillez consulter la notice dans la boîte
de votre médicament ou sur la base de données publique :
<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>



*Placez ce rabat sous le feuillet autocopiant
(duplicata) lorsque vous remplissez la fiche
de suivi clinique et de traçabilité.*

Takeda France S.A.S.
16 Place de l'Iris - 92400 Courbevoie
Tél. : 01 40 67 33 00
Pharmacovigilance : AE.FRA@takeda.com
Information Médicale : medinfoEMEA@takeda.com/Tél. : 01 40 67 32 90