

FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES

QUE DOIS-JE SAVOIR AU SUJET DE MA SANTÉ?

Si je ne sais pas, je consulterai mon médecin ! CONNAISSANCE ÉGALE POUVOIR !
J'aurai toujours ces informations et les mettrai à jour chaque année.

Diagnostic : MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN - de quoi souffrez-vous ?

- la maladie de Crohn
- une colite ulcéreuse
- une colite non déterminée

Comment avez-vous été diagnostiqué?

- Endoscopie haute Coloscopie Les deux ? _____
- Date et lieu de la procédure (*nom de l'hôpital*) : _____
- Y a-t-il eu des biopsies ? _____ Quels ont été les résultats ? _____
- Avez-vous une copie de ces résultats ? _____

Qui est votre médecin ?

Indiquez le nom de tous vos médecins - votre médecin traitant, gastroentérologue et/ou équipe médicale.

- Nom : _____
- Adresse : _____
- Téléphone/fax : _____
- Courrier électronique : _____

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

- Problème : _____
- Date du diagnostic : _____

Avez-vous eu tous les vaccins requis ?

- Oui
- Non - quels vaccins n'avez-vous pas eu et pour quelle raison (*réaction au vaccin, raison personnelle*) ? _____

Quels sont vos médicaments et traitements ?

Médicaments MII COURANTS :

- mésalamine, stéroïdes (prednisone, budésonide)
- 6-MP, Imuran, méthotrexate
- Remicade, Humira/Cimzia/Simponi
- Vedolizumab/Tysabri
- Stelara, Xeljanz
- Nutrition entérale, autres thérapies alimentaires

Nom du médicament ou du traitement : _____

Dose et posologie : _____

En cas d'infusion, date et dose de la dernière infusion : _____

Pensez-vous que le médicament est efficace ? _____

Pharmacie

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Êtes-vous allergique à certains médicaments ?

Nom du médicament : _____

Description de la réaction : _____

Quels médicaments avez-vous essayé EN VAIN pour traiter votre affection MII ?

Nom et dose (si connu) : _____

Dates et circonstances de l'essai : _____

Raison de l'arrêt du médicament : _____

Qu'avez-vous eu comme problèmes médicaux ?

Rétrécissement intestinal

Problèmes articulaires

Calculs rénaux

Fistules

Problèmes d'éruptions cutanées/
d'épiderme/d'ulcères de la bouche

Autres

Abcès

Maladie du foie

Problèmes oculaires

Pancréatite

Problèmes osseux

Nombre d'hospitalisations

Dates de l'hospitalisation / des hospitalisations : _____

Raison de l'hospitalisation / des hospitalisations : _____

Lieu de l'hospitalisation / des hospitalisations : _____

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?

Date de l'intervention/des interventions : _____

Raison de l'intervention/des interventions : Quelle partie de l'intestin a été enlevée ? _____

Nom de l'hôpital où a eu lieu l'intervention : Nom du chirurgien : _____

Avez-vous eu des transfusions sanguines ?

Date de la transfusion : _____

Produits sanguins transfusés (sang, plaquettes sanguines, plasma) : _____

Tests de contrôle importants

Fournissez les dates et les résultats LES PLUS RÉCENTS des tests suivants :

Endoscopie : _____

Radiologie (IRM, tomodensitométrie, ultrasons, rayons X) : _____

Test de densité osseuse (DEXA) : _____

Niveau des vitamines D : _____

Examens ophtalmologiques, dermatologiques (contrôle des cancers de la peau) : _____

Test cutané pour la tuberculose (ou test sanguin QuantiFERON) : _____

Niveau TPMT et métabolique en cas d'usage d'azathioprine ou de 6-MP : _____

Niveau de médicaments biologiques (tels Remicade ou Humira), si vérifié : _____

→ Trouvez un gastroentérologue pédiatrique

RAPPEL IMPORTANT. L'organisation nord-américaine NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) publie ce document en tant qu'information générale et non en tant que justification définitive du diagnostic ou du traitement d'un cas donné. Il est très important que vous recherchiez l'avis de votre médecin sur votre cas particulier.

714 N Bethlehem Pike, Suite 300, Ambler, PA 19002 **Phone:** 215-641-9800 **Fax:** 215-641-1995 **naspghan.org**



Ce soutien pédagogique est offert par
La Fondation Allergan