

# Comment utiliser AJOVY® ?

**AJOVY® est indiqué pour prévenir la migraine chez les adultes présentant au moins 4 jours de migraine par mois.**

Informations importantes à connaître avant d'utiliser AJOVY® :

N'utilisez jamais ce médicament si vous êtes allergique au frémanezumab ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans.

Vous trouverez dans ce document les autres informations importantes à connaître avant d'utiliser AJOVY®.

Cette brochure ne remplace ni la consultation avec un médecin, ni la notice d'utilisation.



**Pour accéder à la vidéo relative aux modalités d'administration d'AJOVY®, flashez ce QR code ou entrez directement le lien internet :**  
<https://tinyurl.com/AJOVY-injection>

## Comment utiliser AJOVY® ?

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé

[www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr)

Pour plus d'information, consulter la rubrique «Déclarer un effet indésirable» sur le site Internet de l'ANSM :

[https://ansm.sante.fr/documents/referenc/  
declarer-un-effet-indesirable](https://ansm.sante.fr/documents/referenc/declarer-un-effet-indesirable)

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Notice : comment utiliser AJOVY® ?</b> .....	<b>4</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instructions d'utilisation</li><li>• Précautions particulières de conservation</li></ul>	
<b>2</b>	<b>Les étapes de l'injection</b> .....	<b>6</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Étapes 1 à 13</li><li>• Informations importantes à connaître sur AJOVY®</li></ul>	
<b>3</b>	<b>Mon agenda des crises de migraine et des injections d'AJOVY®</b> .....	<b>16</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mon agenda, à quoi ça sert ?</li><li>• Comment le remplir et l'utiliser ?</li><li>• Exemple d'agenda</li><li>• Légendes de l'agenda</li></ul>	
<b>4</b>	<b>Mon agenda mois par mois</b> .....	<b>20</b>

### AJOVY® est administré par injection sous la peau (injection sous-cutanée).

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Votre médecin ou votre infirmier/ère vous expliquera, à vous ou à la personne qui s'occupe de vos soins, comment faire l'injection. Vous ne devez pas réaliser d'injection avant que votre médecin ou infirmier/ère vous ait expliqué, à vous ou à la personne qui s'occupe de vos soins, comment faire.

### Instructions d'utilisation :

- Avant d'utiliser AJOVY® en seringue préremplie, veuillez lire attentivement la notice et suivre les instructions détaillées.
- La seringue préremplie AJOVY® est à usage unique strict.
- **Ne tirez jamais** le piston en arrière car vous pourriez casser la seringue préremplie.
- Ne secouez pas la seringue préremplie.
- AJOVY® doit être administré uniquement par injection sous-cutanée. Il ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou intramusculaire.
- Remplacez immédiatement la boîte au réfrigérateur s'il reste des seringues préremplies inutilisées dans la boîte.
- Tenez votre traitement hors de la vue et de la portée des enfants.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

### Précautions particulières de conservation

- Conserver votre boîte de traitement au réfrigérateur (entre 2 °C et 8 °C).
- Ne congelez pas la (les) seringue(s) préremplie(s).
- Conserver la (les) seringue(s) préremplie(s) dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.
- Ce médicament peut être sorti du réfrigérateur et conservé à une température de 30 °C maximum pendant une période de 7 jours maximum. Le médicament doit être jeté s'il est resté en dehors du réfrigérateur pendant plus de 7 jours. Un fois le produit conservé à température ambiante, ne pas le remettre au réfrigérateur.

### À propos de votre seringue préremplie AJOVY®

#### AVANT UTILISATION :



#### APRÈS UTILISATION :



### Étape 1

#### Vérifiez votre prescription

Chaque seringue préremplie AJOVY® contient 225 mg de frémézumab.

Selon la dose qui vous a été prescrite, vous aurez besoin d'utiliser 1 ou 3 seringues(s) préremplie(s).



### Étape 2

#### Retirez la seringue préremplie d'AJOVY® de son emballage

- Selon la dose qui vous a été prescrite, vous pouvez avoir besoin d'utiliser soit 1 seringue, soit 3 seringues.
- Tenez la seringue préremplie au niveau du corps de la seringue et retirez-la de son emballage.
- **Ne secouez pas** la seringue préremplie, cela pourrait altérer le produit.
- **N'utilisez pas** ce médicament si vous remarquez que l'emballage extérieur a été ouvert, si la seringue est endommagée ou si le médicament est trouble, a une coloration anormale ou contient des particules.
- **N'utilisez pas** ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'étiquette de la seringue et sur l'emballage extérieur après EXP. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.



### Étape 3

#### Rassemblez les éléments suivants nécessaires à l'injection



#### Concernant la seringue préremplie :

- 1 ou 3 seringues(s) préremplie(s) seront à sortir en fonction de votre dose :

*Si votre médecin vous a prescrit 225 mg (administration mensuelle), vous aurez besoin d'1 seringue préremplie.*

*Si votre médecin vous a prescrit 675 mg (administration trimestrielle : tous les 3 mois), vous aurez besoin de 3 seringues préremplies.*

#### Les éléments suivants ne sont pas fournis dans la boîte de traitement :

- Coton imbibé d'alcool,
- Compresse de gaze ou boule de coton,
- Collecteur pour aiguilles.

*Demandez à votre pharmacien de vous fournir un collecteur à aiguilles si vous n'en disposez pas.\**

\* Les patients en auto-traitement peuvent se présenter dans les pharmacies françaises pour demander gratuitement des boîtes jaunes à couvercle vert sur présentation de leur ordonnance. Pour savoir où rapporter la boîte jaune une fois remplie, les coordonnées du point de collecte DASTRI le plus proche sont accessibles sur le site [www.dastri.fr](http://www.dastri.fr) ou n'hésitez pas à demander à votre pharmacien.

### Étape 4

#### Laissez AJOVY® se réchauffer à température ambiante

- Placez les éléments que vous avez rassemblés sur **une surface plane et propre**.
- Attendez pendant **30 minutes** que la solution atteigne la température ambiante afin d'atténuer l'inconfort lors de l'injection.
- **Ne laissez pas** la seringue préremplie exposée à la lumière directe du soleil.
- **Ne réchauffez pas** la seringue en utilisant un four à micro-ondes ou toute autre source de chaleur.
- **Ne retirez pas** le capuchon de l'aiguille.



### Étape 5

#### Lavez-vous les mains

- Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau et séchez-les soigneusement à l'aide d'une serviette propre.



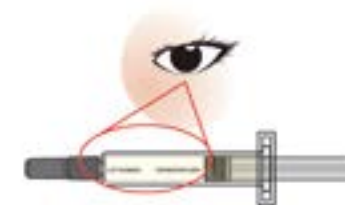
### Étape 6

#### Inspectez votre seringue préremplie d'AJOVY®

- Vérifiez l'étiquette de la seringue. Assurez-vous que le nom AJOVY® est bien indiqué sur l'étiquette.
- Vérifiez que la solution à l'intérieur de la seringue est bien limpide et incolore à légèrement jaune.

*Note : vous pourriez voir de petites bulles d'air à l'intérieur de la seringue préremplie. Ceci est tout à fait normal.*

Il est important d'inspecter l'apparence de votre seringue préremplie avant de l'utiliser.



#### N'utilisez pas la seringue préremplie si vous remarquez que :

- Il ne s'agit pas du produit qui vous a été prescrit.
- La seringue semble endommagée.
- La date de péremption est dépassée ou si la seringue préremplie est restée en dehors du réfrigérateur pendant plus de 7 jours.
- La solution est trouble, a une couleur anormale ou contient des particules, ou si la solution est ou a été congelée.

*Si l'aspect de la solution vous préoccupe, contactez votre pharmacien pour obtenir de l'aide.*

### Étape 7

#### Choisissez la zone d'injection



Choisissez une zone d'injection parmi celles-ci :

- **Le ventre** (abdomen), évitez la zone de 5 cm autour du nombril.
- **L'avant des cuisses**, environ 5 cm au-dessus du genou et 5 cm en-dessous de l'aîne.
- **L'arrière de la partie supérieure du bras**, dans la chair à l'arrière du bras.

Si votre médecin vous a prescrit 675 mg (administration trimestrielle), vous devez effectuer les 3 injections l'une après l'autre à des endroits différents. Vous pouvez utiliser la même zone ou des zones différentes (abdomen, cuisse, partie supérieure du bras), mais vous devez éviter de piquer exactement au même endroit.

*Note : certaines zones d'injection peuvent être difficiles à atteindre (comme l'arrière des bras). Il est nécessaire de demander l'aide d'un proche qui a été formé pour réaliser ces injections.*

### Étape 8

#### Nettoyez la zone d'injection



Coton imbibé d'alcool

- **Nettoyez** la zone d'injection choisie à l'aide d'un coton neuf imbibé d'alcool.
- **Attendez** 10 secondes que la peau sèche avant de réaliser l'injection.

N'injectez pas AJOVY® dans une zone qui est sensible au toucher, rouge, chaude, qui présente des ecchymoses, un durcissement, des tatouages ou qui a des cicatrices ou des vergetures.

N'injectez pas AJOVY® dans une zone où vous injectez d'autres traitements.

### Étape 9

#### Retirez le capuchon de l'aiguille et ne remplacez pas le capuchon sur l'aiguille

1. Tenez la seringue préremplie au niveau du corps de la seringue avec une main.
2. **Retirez le capuchon de l'aiguille en tirant bien droit** avec votre autre main. **N'effectuez pas de rotation.**

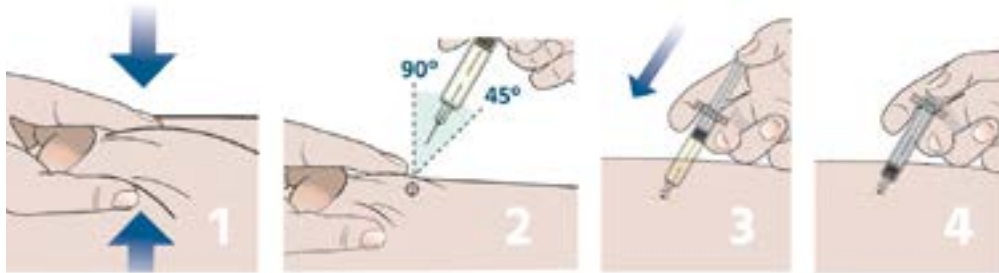


3. **Jetez le capuchon de l'aiguille immédiatement. Ne touchez pas l'aiguille.**

**!** Ne remplacez pas le capuchon de l'aiguille sur la seringue préremplie afin d'éviter de vous blesser ou de vous infecter.

### Étape 10

#### Effectuez l'injection



- 1• Pincez délicatement au minimum 2,5 cm de peau nettoyée.
- 2• Insérez l'aiguille dans la peau pincée en formant un angle de 45° à 90°.
- 3• Enfoncez lentement le piston.
- 4• Enfoncez le piston jusqu'au bout afin d'injecter la totalité du médicament.

### Étape 11

#### Retirez l'aiguille de la peau

- Après avoir injecté toute la solution, retirez l'aiguille en tirant bien droit.



**Ne remplacez pas** le capuchon sur l'aiguille afin d'éviter de vous blesser ou de vous infecter.

### Étape 12

#### Appuyez sur le site d'injection



- Utilisez une boule de coton propre et sèche ou une compresse de gaze afin d'appuyer **délicatement** sur le site d'injection pendant quelques secondes.
- Ne frottez pas le site d'injection.
- Ne réutilisez pas la seringue préremplie.

Si la dose qui vous a été prescrite est de 675 mg, recommencez les étapes avec la deuxième et la troisième seringue préremplie afin d'injecter la dose complète. Dans ce cas, les trois injections doivent être effectuées l'une après l'autre à des endroits différents.

### Étape 13

#### Élimination de la seringue préremplie

**Ne réutilisez pas la seringue préremplie.**



- Placez les seringues préremplies usagées (en laissant l'aiguille en place) dans un collecteur spécialement prévu à cet effet, directement après l'utilisation.
- **Ne jetez pas** les aiguilles, seringues ou seringues préremplies avec les déchets ménagers.
- **Ne mettez pas** le collecteur pour seringues ou aiguilles au recyclage.
- Rangez le collecteur pour seringues ou aiguilles hors de la portée des enfants.
- Ne pas remplir le collecteur au-delà du trait supérieur.
- Lorsque le collecteur est plein, fermez-le définitivement.
- Le délai de stockage du collecteur ne doit pas dépasser 3 mois.

**Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.**

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

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement *via* le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).

Pour plus d'information, consulter la rubrique «Déclarer un effet indésirable» sur le site Internet de l'ANSM : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/declarer-un-effet-indesirable>

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## Informations importantes à connaître sur AJOVY®

Les effets indésirables suivants peuvent se produire :

Très fréquent (pouvant affecter plus de 1 personne sur 10) :

Douleur, durcissement ou rougeur au site d'injection.

Fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :

Démangeaisons au site d'injection.

Peu fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 100) :

Éruption cutanée (rash) au site d'injection.

Réactions allergiques telles qu'éruption cutanée (rash), gonflement ou urticaire.

Rare (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000) :

Réactions allergiques graves (dont les signes peuvent inclure des difficultés à respirer, un gonflement des lèvres et de la langue ou une éruption cutanée (rash) sévère).

Adressez-vous immédiatement à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère si vous présentez des signes d'une réaction allergique grave, tels que des difficultés à respirer, un gonflement des lèvres et de la langue ou une éruption cutanée (rash) sévère, après l'injection d'AJOVY®. Ces réactions surviennent habituellement dans les 24 heures suivant l'utilisation d'AJOVY®, mais peuvent parfois être plus tardives.

Informez votre médecin si vous avez ou avez eu une maladie cardiovasculaire (problèmes touchant le cœur et les vaisseaux sanguins) avant d'utiliser ce médicament car AJOVY® n'a pas été étudié chez les patients atteints de certaines maladies cardiovasculaires.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre AJOVY®.

▼Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Pour plus d'informations, consultez la notice dans la boîte de votre médicament ou sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.



## UN AGENDA DE MES CRISES DE MIGRAINE, À QUOI ÇA SERT ?

Chaque migraine peut être différente. C'est pour cela qu'un agenda descriptif de vos crises de migraine est clé dans la connaissance de votre maladie. Il sert notamment à préciser la fréquence et la sévérité de vos crises, à rechercher d'éventuels facteurs déclenchants et à suivre votre consommation médicamenteuse.

Il vous aidera à préparer au mieux vos consultations avec votre neurologue. En effet, pour une consultation réussie, il importe de lui apporter les informations les plus précises possibles.

Cet agenda de vos crises de migraine permet de suivre l'évolution de vos crises mois par mois et donne des informations importantes à votre neurologue ou votre médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la migraine pour guider le choix des traitements. Une fois cet agenda complété, n'hésitez pas à le partager en consultation avec lui.

## COMMENT LE REMPLIR ET L'UTILISER ?

Pour vous guider, retrouvez un exemple d'agenda ci-dessous et des informations complémentaires en légende. Cet agenda vous permettra de suivre votre traitement pendant 1 an avec votre neurologue.

En cas de question sur la façon de remplir cet agenda, votre neurologue ou votre pharmacien pourra également vous accompagner.

## POUR VOUS GUIDER, VOICI UN EXEMPLE D'AGENDA COMPLÉTÉ :

Mois de <i>Décembre</i> .....		Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :				Pour ce mois :				
		Mensuelle (1 injection/mois)				date d'/des injection(s)	<i>02/12/21</i>			
		Trimestrielle (3 injections/3 mois)		<i>X</i>		site d'/des injection(s)	<i>abdomen</i>			
					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise					
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes	
<i>1</i>	<i>Me</i>	<i>X</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>14h</i>	<i>Triptan XX mg</i>	<i>14h15</i>	<i>1</i>	<i>2h</i>	<i>Nausées, côté gauche</i>
<i>2</i>										
<i>3</i>										

## LÉGENDES

**Injection AJOVY®** : compléter l'encart tout en haut et surligner ou entourer le jour de votre injection dans le calendrier.

**Jour** : noter le jour de la semaine L (lundi), M (mardi), Me (mercredi), J (jeudi), V (vendredi), S (samedi) et D (dimanche).

**Règles (pour les femmes)** : cocher la case les jours de règles.

**Crise de migraine ou céphalée de tension** : indiquer si vous pensez avoir une crise de migraine (M) ou une céphalée de tension (C).

	Migraine	Céphalée de tension
Siège	Unilatéral	Bilatéral
Durée	4 - 72 h	30 min - 7 jours
Signe d'accompagnement	Intolérance au bruit et/ou à la lumière	Plus rares (parfois intolérance au bruit)
Intensité	Modérée/sévère	Légère/modérée
Type	Souvent pulsatile	Compression étai
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas d'aggravation

Source : Maux de tête - Céphalée de tension : Comment je distingue migraine et céphalée de tension ? [en ligne]. Société française d'études des Migraines et Céphalées. [consulté le 01 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-de-tension/9-comment-je-distigue-migraine-et-cephalee-de-tension.html>

### Intensité de la crise :

- Légère : L ;
- Modérée : M ;
- Sévère : S.

**Heure de survenue** : ajouter l'heure de début de la crise ou *a minima* la période de la journée : matin (M), après-midi (AM), soirée (S), nuit (N).

### Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise :

lister les médicaments de crise utilisés (y compris les médicaments disponibles sans ordonnance) avec leur dosage dans la colonne intitulée *Nom et dosage*. Préciser l'heure de prise dans la colonne correspondante et le nombre d'unité(s) thérapeutique(s) (nombre de comprimés, de gélules, de pulvérisations nasales...etc) dans la colonne *Quantité*.

**Observations / Notes** (Ci-après des exemples de ce qui pourrait être reporté) :

- **Localisation de la céphalée** (Gauche, Droite ou Bilatérale).
- **Symptômes associés** :
  - Nausées ;
  - Vomissements ;
  - Hypersensibilité au bruit, à la lumière, aux odeurs ;
  - Troubles visuels / Troubles du langage ;
  - Engourdissement du bras ou du visage ;
  - Pâleur de la face.
- **Aura** : Troubles visuels et/ou autres symptômes neurologiques qui font leur apparition environ 10 à 60 minutes avant les céphalées et qui ne durent habituellement pas plus d'une heure.
- **Impact sur la vie quotidienne** :
  - Aucun : capable de fonctionner normalement ;
  - Léger : capable d'effectuer les activités de tous les jours avec quelques difficultés ;
  - Modéré : incapable d'effectuer certaines activités tous les jours ;
  - Sévère : nécessité d'être alité(e).

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									



Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

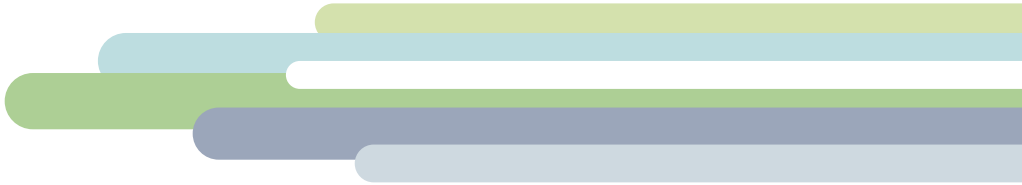
					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									

Mois de .....	Mon médecin m'a prescrit AJOVY® à une posologie :		Pour ce mois :	
	Mensuelle (1 injection/mois)		date d'/des injection(s)	
	Trimestrielle (3 injections/3 mois)		site d'/des injection(s)	

					Prise d'un ou plusieurs médicaments de crise				
Jour	Règles	Crise de migraine ou céphalée de tension (M ou C)	Intensité de la crise (L, M ou S)	Heure de survenue de la crise	Nom et Dosage	Heure de prise	Quantité	Durée de la crise	Observations / Notes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
(31)									



**AJOVY**<sup>®</sup>  
(frémanezumab)  
solution injectable 225 mg/1,5 mL