



OPTIMISER SA PRISE EN CHARGE

# CARNET DE LIAISON

## VILLE - HÔPITAL

Nom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prénom : .....

Date de début du traitement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Munissez-vous de  
votre carnet de liaison  
à chaque consultation  
et ce, quel que soit  
le médecin.

## Sommaire

---

Mes contacts utiles à l'hôpital et en ville.....	4
Je participe à ma prise en charge.....	6
Les conseils de mon équipe soignante.....	7
Mon calendrier des injections.....	8
Mes prochains rendez-vous.....	12
L'espace d'échange et de liaison Ville-Hôpital.....	14
Les sites d'information.....	22

# Mes contacts utiles à l'hôpital et en ville

## ☞ Médecin spécialiste de ville

- Rhumatologue     Gastro-entérologue  
 Dermatologue     Autres : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ☞ Médecin spécialiste à l'hôpital

- Rhumatologue     Gastro-entérologue  
 Dermatologue     Autres : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Service : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ☞ Médecin généraliste

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ☞ Infirmier(ère) libéral(e)

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ☞ Pharmacie de ville

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## ☞ Autres contacts

Spécialité : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Spécialité : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Spécialité : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Spécialité : .....

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

# Je participe à ma prise en charge



Je signale à mon médecin toute **fièvre** ou tout **symptôme inhabituel** (nouvelle crise douloureuse, douleurs à l'estomac...). <sup>(1)</sup>

Je prends contact avec mon médecin en cas d'**effets indésirables**. <sup>(1)</sup>

Je pense à me faire **vacciner contre la grippe** (tous les ans), **le pneumocoque** (tous les 3 à 5 ans), à vérifier que toutes mes **vaccinations obligatoires sont à jour** (tétanos, poliomyélite...) et, le cas échéant, à effectuer les vaccins qui ne sont pas contre-indiqués avec mon traitement. <sup>(2)</sup>

Je n'oublie pas mes **rendez-vous réguliers de suivi** avec mon médecin spécialiste à l'hôpital, mon médecin spécialiste de ville et mon médecin généraliste. <sup>(1)</sup>

Je signale à tout professionnel de santé consulté pour une autre maladie que je suis déjà **sous traitement pour ma maladie inflammatoire chronique**. <sup>(1)</sup>

Avant de **voyager**, je m'informe sur les **vaccinations** à réaliser et j'en parle avec mon médecin. <sup>(3)</sup>

Je pense à prendre mes ordonnances, une quantité suffisante de médicaments et une trousse de secours (avec des produits désinfectants), lorsque je voyage. Je veille à **conserver mon traitement dans les bonnes conditions** (chaîne du froid). <sup>(3)</sup>

## Les conseils de mon équipe soignante



### Vie sociale

Ma maladie est-elle compatible avec une profession / des études... ?  
Que faire pour améliorer le quotidien ?

.....

.....



### Activité physique

Peut-on pratiquer une activité physique ?  
Lesquelles sont recommandées ? Lesquelles sont à proscrire ?

.....

.....



### Nutrition

Doit-on suivre un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....

.....



### Autres règles hygiéno-diététiques

.....

.....

# Mon calendrier des injections

Ce calendrier est un outil précieux pour vous aider à planifier vos injections et à bien respecter la prescription de votre médecin.



Il est important de vérifier que vous ne présentez **pas de fièvre et/ou symptômes inhabituels** (nouvelle crise douloureuse, douleurs à l'estomac...).<sup>(1)</sup> Au moindre symptôme, contactez votre médecin.  
N'hésitez pas également à vérifier l'**intégrité du produit** et sa **date de péremption**.

Je note les dates de mes futures injections puis je les coche une fois réalisées.



J'ajoute une croix sur le schéma pour préciser le point d'injection afin de mieux alterner les sites d'injection pour les prochaines administrations.



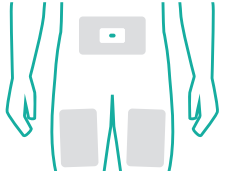
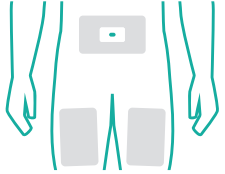
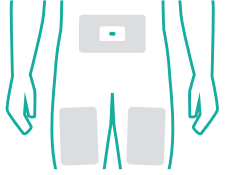
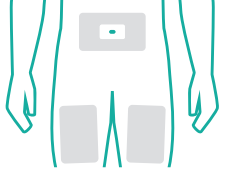
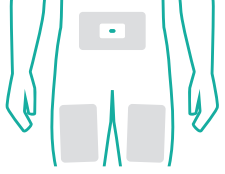
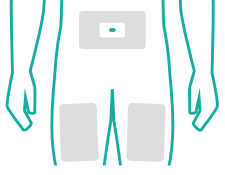
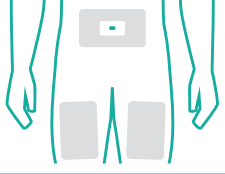
J'ajoute éventuellement des remarques particulières, par exemple à préciser à mon médecin.

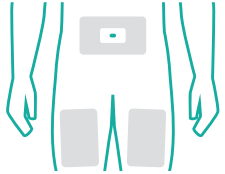
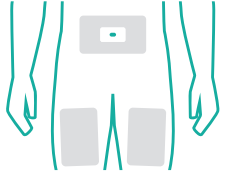
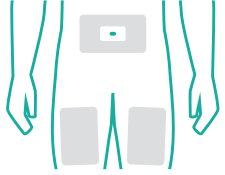
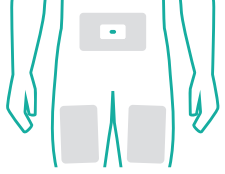
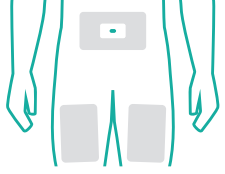
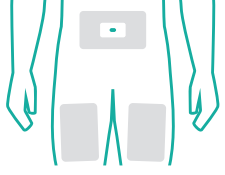
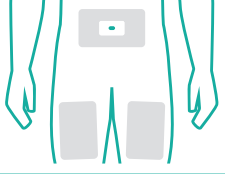


Date d'injection	Site d'injection	Remarques particulières
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....

Date d'injection	Site d'injection	Remarques particulières
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... .....

# Mon calendrier des injections

Date d'injection	Site d'injection	Remarques particulières
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....

Date d'injection	Site d'injection	Remarques particulières
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....
..... / ..... / ..... Injection réalisée : <input type="checkbox"/>		..... ..... ..... .....

# Mes prochains rendez-vous

Il est important de bien préparer chacune des consultations. Pour ne rien oublier, indiquez votre degré de satisfaction vis-à-vis de votre qualité de vie et de votre traitement. Précisez également votre niveau de fatigue, votre ressenti au quotidien et les questions que vous souhaitez poser. N'hésitez pas à noter au fur et à mesure vos questions.

## Mon prochain RDV

Spécialité :  Date :  /  /  Horaire :

Lieu :

Cochez les cases correspondantes à vos réponses

### Mon degré de satisfaction sur

MA QUALITÉ DE VIE :

MON TRAITEMENT :

### Ma « jauge d'énergie »

FATIGUÉ           EN FORME

### Mon ressenti au quotidien

PRÉSENCE DE POUSSÉES :  OUI  NON SI OUI, DURÉE MOYENNE :

LIMITATIONS DUES À L'ÉTAT PHYSIQUE :  OUI  NON SI OUI, INTENSITE MOYENNE :

À ne pas oublier : Ex. Questions à poser en cours de consultation, documents à apporter ou demander...

## Mon prochain RDV

Spécialité :  Date :  /  /  Horaire :

Lieu :

Cochez les cases correspondantes à vos réponses

### Mon degré de satisfaction sur

MA QUALITÉ DE VIE :

MON TRAITEMENT :

### Ma « jauge d'énergie »

FATIGUÉ           EN FORME

### Mon ressenti au quotidien

PRÉSENCE DE POUSSÉES :  OUI  NON SI OUI, DURÉE MOYENNE :

LIMITATIONS DUES À L'ÉTAT PHYSIQUE :  OUI  NON SI OUI, INTENSITE MOYENNE :

À ne pas oublier : Ex. Questions à poser en cours de consultation, documents à apporter ou demander...

## Mon prochain RDV

Spécialité :  Date :  /  /  Horaire :

Lieu :

Cochez les cases correspondantes à vos réponses

### Mon degré de satisfaction sur

MA QUALITÉ DE VIE :

MON TRAITEMENT :

### Ma « jauge d'énergie »

FATIGUÉ           EN FORME

### Mon ressenti au quotidien

PRÉSENCE DE POUSSÉES :  OUI  NON SI OUI, DURÉE MOYENNE :

LIMITATIONS DUES À L'ÉTAT PHYSIQUE :  OUI  NON SI OUI, INTENSITE MOYENNE :

À ne pas oublier : Ex. Questions à poser en cours de consultation, documents à apporter ou demander...

## Mon prochain RDV

Spécialité :  Date :  /  /  Horaire :

Lieu :

Cochez les cases correspondantes à vos réponses

### Mon degré de satisfaction sur

MA QUALITÉ DE VIE :

MON TRAITEMENT :

### Ma « jauge d'énergie »

FATIGUÉ           EN FORME

### Mon ressenti au quotidien

PRÉSENCE DE POUSSÉES :  OUI  NON SI OUI, DURÉE MOYENNE :

LIMITATIONS DUES À L'ÉTAT PHYSIQUE :  OUI  NON SI OUI, INTENSITE MOYENNE :

À ne pas oublier : Ex. Questions à poser en cours de consultation, documents à apporter ou demander...



**N'oubliez pas d'apporter vos ordonnances, vos derniers bilans sanguins, radios et autres examens.**

Vous pouvez les stocker dans les rabats de ce carnet tout comme votre brochure d'information sur votre maladie.

# L'espace d'échange et de liaison Ville-Hôpital (à compléter par le corps médical)

Ce carnet de liaison a été remis à votre patient par son médecin spécialiste. Votre patient est actuellement pris en charge pour une maladie inflammatoire chronique. Le traitement prescrit nécessite un suivi régulier et un ajustement de sa prise en charge. Pour que ce suivi soit optimal, il est important que vous soyez informé(e) de l'état général de votre patient. Toutes les informations consignées dans ce livret seront utiles à tous les professionnels de santé prenant en charge votre patient. N'hésitez pas à le compléter régulièrement.



## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°1

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ↳ Informations à destination de :

- Médecin spécialiste à l'hôpital
- Médecin spécialiste de ville
- Médecin généraliste
- Pharmacien hospitalier
- Pharmacien de ville
- Infirmier(ère)
- Autres intervenants : .....



# L'espace d'échange et de liaison Ville-Hôpital (à compléter par le corps médical)

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°2

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ↳ Informations à destination de :

Médecin spécialiste à l'hôpital

Médecin spécialiste de ville

Médecin généraliste

Pharmacien hospitalier

Pharmacien de ville

Infirmier(ère)

Autres intervenants : .....

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°3

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ↳ Informations à destination de :

Médecin spécialiste à l'hôpital

Médecin spécialiste de ville

Médecin généraliste

Pharmacien hospitalier

Pharmacien de ville

Infirmier(ère)

Autres intervenants : .....

# L'espace d'échange et de liaison Ville-Hôpital (à compléter par le corps médical)

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°4

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ↳ Informations à destination de :

- Médecin spécialiste à l'hôpital
- Médecin spécialiste de ville
- Médecin généraliste
- Pharmacien hospitalier
- Pharmacien de ville
- Infirmier(ère)
- Autres intervenants : .....

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°5

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ↳ Informations à destination de :

- Médecin spécialiste à l'hôpital
- Médecin spécialiste de ville
- Médecin généraliste
- Pharmacien hospitalier
- Pharmacien de ville
- Infirmier(ère)
- Autres intervenants : .....

# L'espace d'échange et de liaison Ville-Hôpital (à compléter par le corps médical)

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°6

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ↳ Informations à destination de :

Médecin spécialiste à l'hôpital

Médecin spécialiste de ville

Médecin généraliste

Pharmacien hospitalier

Pharmacien de ville

Infirmier(ère)

Autres intervenants : .....

## ↳ Liaison Ville-Hôpital n°7

Nom : .....

Spécialité : .....

Date : ..... / ..... / .....

Traitement en cours : .....

Observations / Remarques particulières : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ↳ Informations à destination de :

Médecin spécialiste à l'hôpital

Médecin spécialiste de ville

Médecin généraliste

Pharmacien hospitalier

Pharmacien de ville

Infirmier(ère)

Autres intervenants : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Les sites d'information

Haute Autorité de Santé (HAS) :

**has-sante.fr**

Assurance Maladie :

**ameli.fr**

Autres sites à consulter :



Vous n'êtes pas seul à être atteint d'une maladie inflammatoire chronique. **N'hésitez pas à vous rapprocher des associations de patients** qui sont là pour vous aider et vous accompagner.

**Demandez les contacts des associations de votre région aux professionnels de santé qui vous prennent en charge.**

**Nom de l'association :** .....

Adresse : .....

Téléphone :

Site internet : .....

**Nom de l'association :** .....

Adresse : .....

Téléphone :

Site internet : .....

## Références

1. Ameli.fr. Vivre avec une polyarthrite rhumatoïde. En ligne : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/polyarthrite-rhumatoïde/vivre-polyarthrite-rhumatoïde> [consulté en juin 2021].
2. Club Rhumatismes et Inflammations (CRI). Fiches pratiques du CRI : conduite à tenir en cas de Vaccination (Novembre 2020). En ligne : [http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF\\_Nov2020/Anti\\_TNF\\_Vaccination.pdf](http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF_Nov2020/Anti_TNF_Vaccination.pdf) [consulté en juin 2021].
3. Club Rhumatismes et Inflammations (CRI). Fiches pratiques du CRI : conduite à tenir en cas de Voyage (novembre 2020). En ligne : [http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF\\_Nov2020/Anti\\_TNF\\_Voyage.pdf](http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF_Nov2020/Anti_TNF_Voyage.pdf) [consulté en juin 2021].



JE GLISSE ICI LES DERNIÈRES  
**LETTRES D'ÉCHANGES**

entre les professionnels de santé qui me prennent en charge  
(je demande au préalable les copies de ces lettres)



JE GLISSE ICI MES DERNIERS  
**DOCUMENTS IMPORTANTS**

comme mes ordonnances ou mes examens médicaux par exemple



## UNE QUESTION ?

N'hésitez pas à vous adresser à votre médecin, votre infirmier(ère) ou votre pharmacien(ne) ; ils sauront vous répondre et vous apporter des conseils personnalisés.

Les informations délivrées sur internet ne sont pas de fiabilité égale et ne prennent pas toujours en compte la variabilité inter-patients atteints d'une même pathologie. Demandez conseil à votre médecin.

## UN BESOIN DE SOUTIEN ET D'AIDE ?

Faites-vous soutenir par votre entourage et aider psychologiquement si vous en ressentez le besoin.

Des associations de personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques existent, n'hésitez pas à les solliciter. Elles pourront vous aider par l'écoute, l'information et l'échange d'expérience.