

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS



Chère patiente,  
Cher patient,

De par ce carnet journalier, UCB-Pharma aimerait vous soutenir à documenter de façon régulière le tracé de la maladie dans votre quotidien et sur l'évolution de votre thérapie.

Ces données vous aideront à vous préparer de manière optimale à vos visites chez votre médecin puisque vous pourrez lui fournir de manière détaillée toutes les informations sur l'évolution de votre maladie.

Avec ce journal, nous espérons vivement vous aider et vous soutenir dans votre combat quotidien contre la maladie.

Avec nos meilleurs souhaits

Votre team de UCB-Pharma AG

## CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

pour patients souffrant d'inflammations intestinales chroniques  
(Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

Téléphone: .....

Date de naissance: .....

Taille: .....

Médecin traitant: .....

Spécialiste /  
gastroentérologue traitant: .....

Diagnostique: .....

.....

.....

Date du 1<sup>er</sup> diagnostique: .....

Date de la 1<sup>ère</sup> coloscopie: .....



# MESURES DIAGNOSTIQUES

## Endoscopie / analyse des selles

En cas de documentation régulière,  
utilisez cette page comme page de référence

**Veillez indiquer**  
localisation de l'inflammation ///  
sténoses }-(  
résections XXX

		Date	Résultat macroscopique	Résultat histologique
1 <sup>er</sup> examen	Coloscopie			
	Rectosigmoïdoscopie			
	Gastroscopie			
	Analyse des selles (bactérienne, parasitaire)			
2 <sup>ème</sup> examen	Coloscopie			
	Rectosigmoïdoscopie			
	Gastroscopie			
	Analyse des selles (bactérienne, parasitaire)			



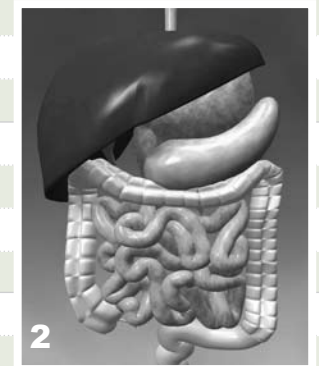
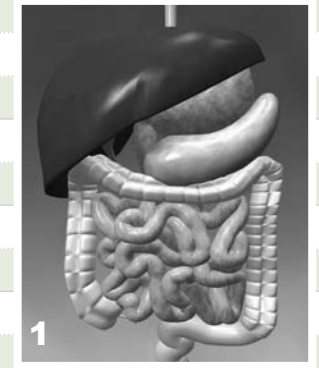
# MESURES DIAGNOSTIQUES

En cas de documentation régulière,  
utilisez cette page comme page de référence

**Veillez indiquer**  
localisation de l'inflammation ///  
sténoses }-(  
résections XXX

## Procédé

	État abdominal	Date	Résultat
1 <sup>er</sup> examen	Tomographie abdominale (radiographie par couches) ou échographie abdominale		
	Imagerie de l'intestin grêle (résonance magnétique [IRM] ou double contraste)		
	Imagerie du bassin et du rectum (imagerie par résonance magnétique [IRM] ou échoendoscopie)		
2 <sup>ème</sup> examen	Tomographie abdominale (radiographie par couches) ou échographie abdominale		
	Imagerie de l'intestin grêle (résonance magnétique [IRM] ou double contraste)		
	Imagerie du bassin et du rectum (imagerie par résonance magnétique [IRM] ou échoendoscopie)		





# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

# CARNET JOURNALIER POUR PATIENTS

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

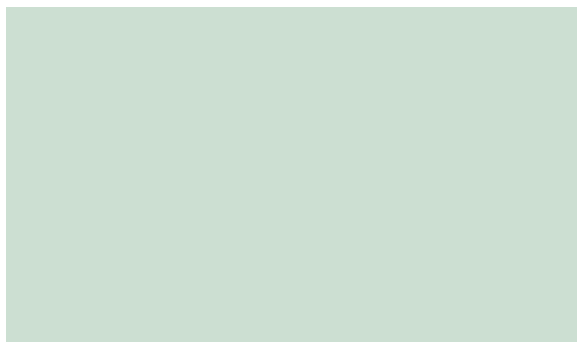
Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

\* Veuillez indiquer vos douleurs abdominales sur une échelle de 0 et 10.  
0 = aucune douleur et 10 = très douloureux.

Date du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Date	Jour	Poids (kg)	Fréquence des selles par jour	Médicament contre la diarrhée oui/non	Sang dans les selles oui/non	Intensité des douleurs abdominales *	Prise d'anti-douleur oui/non	Fièvre	D'autres organes touchés (ZNS/yeux/HNO/peau/articulations...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

Tampon du médecin traitant:



UCB-Pharma AG  
Chemin de Croix Blanche 10  
1630 Bulle

© 2007 UCB-Pharma AG, Bulle. Tous droits réservés.

