

Questionnaire pour les patients (avant les perfusions de Remicade®)*

Nom/Prénom

Localité

Date de naissance

Date

Diagnostic

Polyarthrite rhumatoïde

Rhumatisme psoriasique

Maladie de Crohn

Maladie de Bechterew

Psoriasis

Colite ulcéreuse

Qui vous a prescrit ce médicament?

Autres traitements/médicaments

Êtes-vous enceinte, envisagez-vous une grossesse ou allaitez-vous?

non

oui

Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 15 derniers jours ou une telle intervention est-elle prévue dans les 15 prochains jours?

non

oui

Avez-vous récemment subi une intervention chirurgicale dentaire?

non

oui

Souffrez-vous actuellement ou avez-vous récemment souffert de symptômes fébriles pseudo-grippaux, de congestion nasale, de toux grasse et/ou sèche ou de sécrétions nasales (nez qui coule)?

non

oui

Avez-vous été traité(e) par un antibiotique depuis la dernière perfusion?

non

oui

Souffrez-vous actuellement d'infections aiguës ou récurrentes? (par ex.: cystite, abcès ou abcès dentaires, plaies ouvertes avec modifications inflammatoires)

non

oui

Avez-vous présenté des effets indésirables pendant ou après la dernière perfusion?

non

oui

Avez-vous été vacciné(e) depuis la dernière perfusion de REMICADE® ou est-ce que des vaccinations sont prévues prochainement?

non

oui

Si oui, veuillez préciser la date:

Si vous avez répondu par «oui» à une question ou plus, veuillez contacter un médecin.

Avez-vous d'autres souhaits concernant la perfusion (plus d'informations, bien-être pendant la perfusion, etc.)?

Avez-vous d'autres suggestions?

Signature du patient

Signature du personnel médical qualifié

* Ce document sert d'exemple et a été mis au point à partir du questionnaire élaboré par le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Les questionnaires peuvent varier d'un centre à l'autre.