



Mon carnet de suivi
Pour vous accompagner tout au long
de la prise en charge de votre FPI





Mes coordonnées

- Nom _____
- Prénom _____
- Date de naissance ____/____/____
- Téléphone _____
- Mail _____ @ _____





Mon équipe médicale

Mon pneumologue référent

- Nom, Prénom _____
- Adresse _____

- Téléphone _____

Mon médecin traitant

- Nom, Prénom _____
- Adresse _____

- Téléphone _____

Mon pharmacien _____

Mon prestataire de service _____





L'édito



Pr Marchand-Adam

Service de pneumologie,
CHRU de Tours

La fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) est caractérisée par une altération des poumons (fibrose) qui se rigidifient et ne parviennent plus à assurer correctement la respiration. Le terme « idiopathique » signifie que la cause de cette maladie est inconnue. La maladie se manifeste par un essoufflement progressif et une toux sèche. La prévalence de la FPI (nombre de personnes atteintes à un moment donné dans la population) est de 1 sur 3 500 à 1 sur 7 000 personnes. La fréquence augmente avec l'âge. La FPI débute en général entre 60 et 70 ans (il est rare qu'elle survienne avant 50 ans). Elle affecte davantage les hommes que les femmes. Elle est présente partout en France et dans le monde, et semble atteindre de façon égale toutes les populations.





Plusieurs hypothèses sont évoquées pour expliquer la survenue de la maladie. L'inhalation sur une longue période de certaines substances (poussière de bois, fumée de cigarette, exposition professionnelle) pourrait jouer un rôle favorisant ou aggravant, ainsi que les infections virales ou le reflux gastro-oesophagien du fait du passage répété de liquide acide de l'estomac vers les bronches. Ces agressions du poumon déclencheraient des lésions de celui-ci, suivies de la formation excessive de cicatrices dans les poumons (fibrose). La cicatrisation anormale détruirait la structure des poumons et entraverait leur fonctionnement.

Il existe probablement des facteurs génétiques (peu connus) rendant certaines personnes plus susceptibles que d'autres de développer la maladie. Il peut ainsi exister plusieurs cas dans une même famille. Des recherches génétiques sont parfois possibles ; parlez-en avec votre pneumologue.

La fibrose pulmonaire se manifeste par un essoufflement (dyspnée à l'effort) qui s'aggrave progressivement. Au début, les personnes sont essouffées après un effort intense, de façon inhabituelle. Puis l'essoufflement survient pour des efforts de plus en plus légers (à la marche sur terrain plat) ; il peut devenir permanent, persistant même au repos. Une toux sèche est très souvent présente.

Le médecin traitant ou le pneumologue peut suspecter la présence d'une fibrose pulmonaire devant la présence de bruit à l'auscultation évoquant des craquements (appelés crépitants : bruit évoquant le détachement de bande « velcro® ») ou devant la présence d'une déformation des ongles et extrémités des doigts (appelée hippocratisme digital). Le médecin ne peut poser le diagnostic de FPI qu'après avoir éliminé toutes les causes connues de fibrose pulmonaire. Le scanner est souvent suffisant pour affirmer le diagnostic. Mais dans certains cas, il ne permet pas au médecin de poser le diagnostic avec certitude, une biopsie pulmonaire peut être réalisée.

La FPI s'aggrave progressivement et peut provoquer une insuffisance respiratoire grave. Parfois, la maladie reste stable sur une période plus ou moins longue (plusieurs mois ou années), ou présente au contraire une aggravation rapide avec des poussées (exacerbations). Ces exacerbations doivent être reconnues car elles nécessitent un renforcement rapide du traitement pour essayer de les enrayer.





Si vous présentez un essoufflement inhabituel depuis 2 ou 3 jours qui ne s'améliore pas, il faut contacter votre pneumologue pour lui en parler rapidement.

L'espérance de vie peut être diminuée chez les patients atteints de FPI. La maladie peut parfois conduire au décès du patient. Cependant, un certain nombre de personnes atteintes vivent dix ans ou plus après le diagnostic.

Les traitements disponibles peuvent freiner l'aggravation de la maladie et ralentir la progression de l'essoufflement. Ces traitements peuvent s'accompagner d'effets secondaires ce qui nécessite un suivi spécialisé par un pneumologue.

Ce carnet vous permettra d'y inscrire vos rendez-vous avec votre pneumologue mais aussi les symptômes et événements apparaissant entre chaque visite pour ne rien omettre lors de votre consultation.

L'information et le suivi des patients sont importants pour améliorer leur qualité de vie. Vous trouverez aussi des échelles et questionnaires dans ce carnet pour évaluer et suivre vos symptômes et votre « qualité de vie ».

Ce carnet apportera des informations précieuses à votre pneumologue lors de vos consultations mais aussi à votre médecin traitant ou votre pharmacien...

Mes renseignements médicaux (à remplir avec votre médecin)

Autres pathologies :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infarctus, coronaropathie | <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Reflux gastroœsophagien | <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Cancer broncho-pulmonaire | <input type="checkbox"/> Emphysème pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Vaccinations :

Anti-pneumocoque

Oui Non

Si oui, date de vaccination: ____/____/____

Anti-grippe

Oui Non

Si oui, date de vaccination: ____/____/____

Mon suivi mensuel

Vous trouverez dans les pages suivantes vos fiches de suivi à remplir mensuellement afin d'améliorer votre prise en charge par votre pneumologue lors de vos consultations mais aussi par votre médecin traitant ou votre pharmacien.

Chaque fiche de suivi mensuel comporte 4 pages à remplir.

Si vous avez la moindre question n'hésitez pas à en parler lors de vos consultations.

N°1

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

Mois
n°1

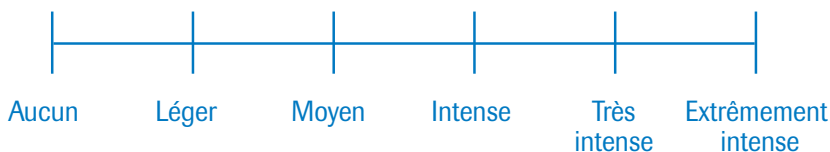
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

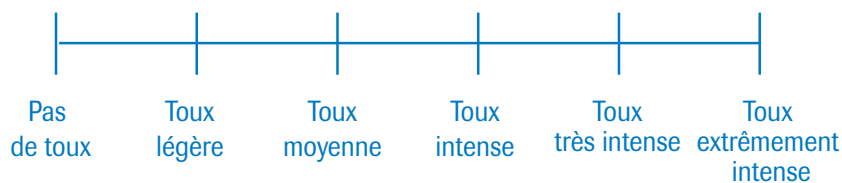


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien





Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

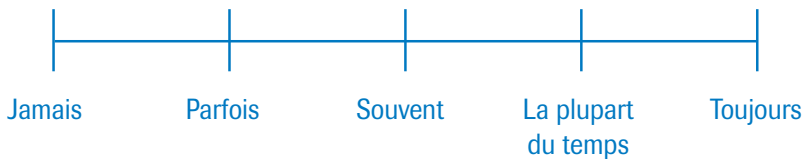
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

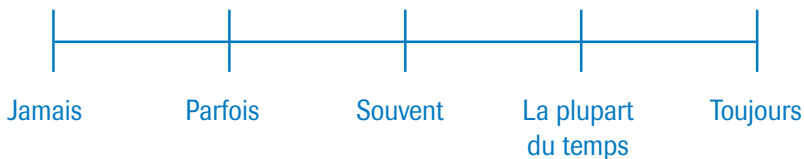
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

N°2

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

Mois
n°2

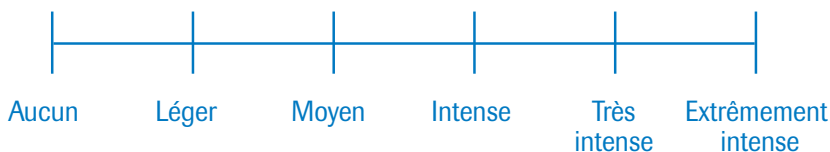
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

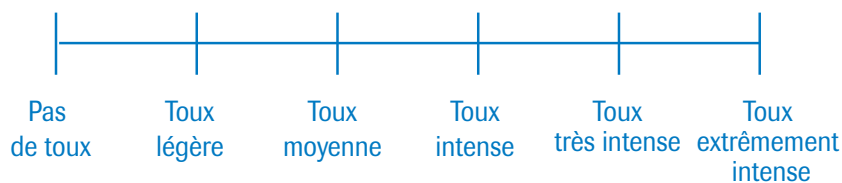


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien





Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement
amélioré

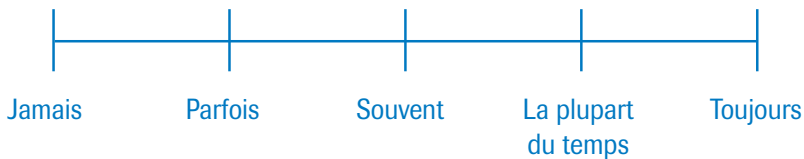
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement
amélioré

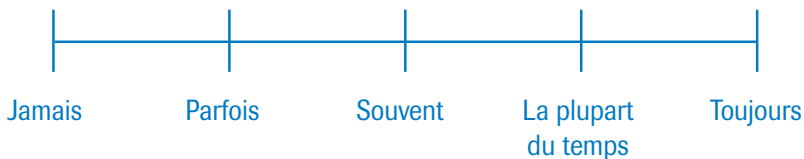
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Mois
n°2

Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante



N°3

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

Mois
n°3

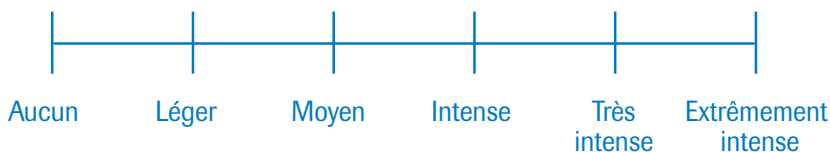
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

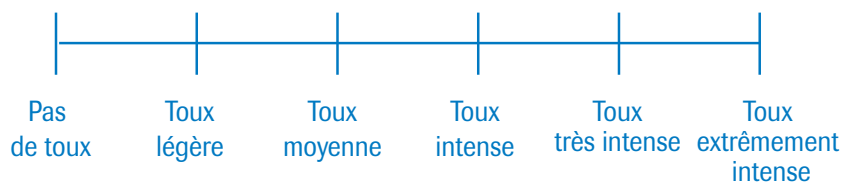


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien





Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement
amélioré

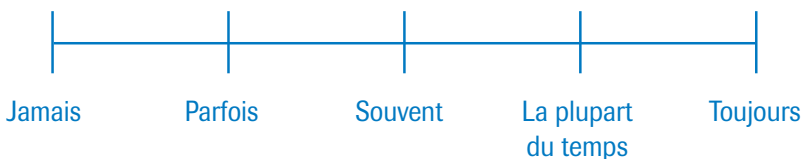
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement
amélioré

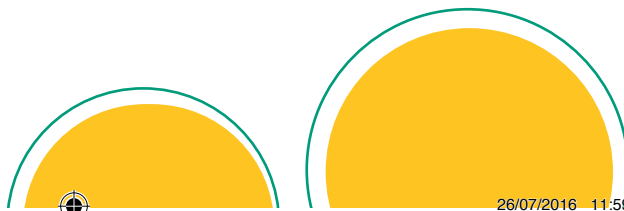
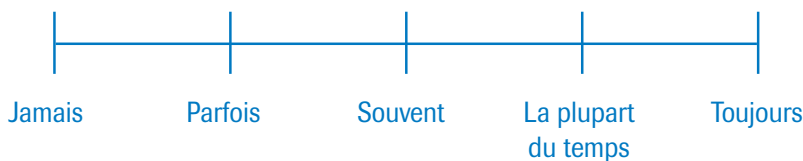
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

▪ Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

▪ Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

▪ Autres traitements _____

▪ Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

▪ Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

N°4

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

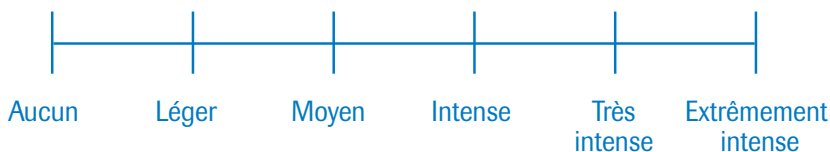
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

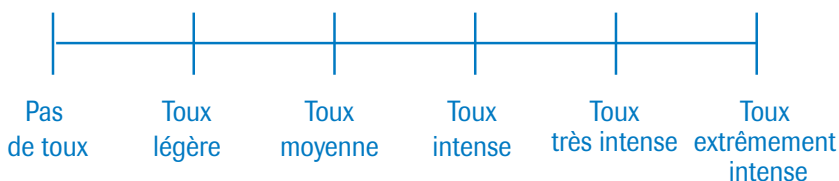


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°4



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement
amélioré

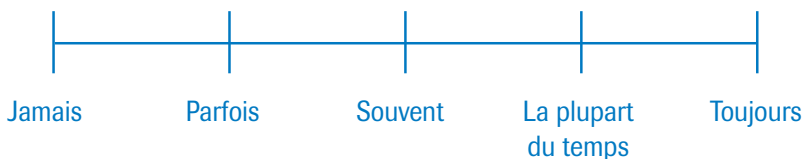
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement
amélioré

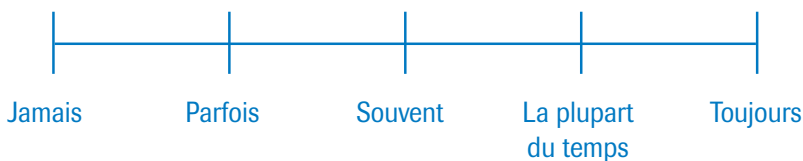
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°4



N°5

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

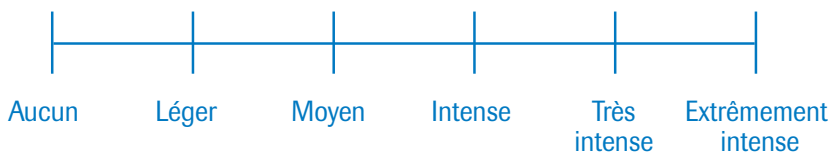
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

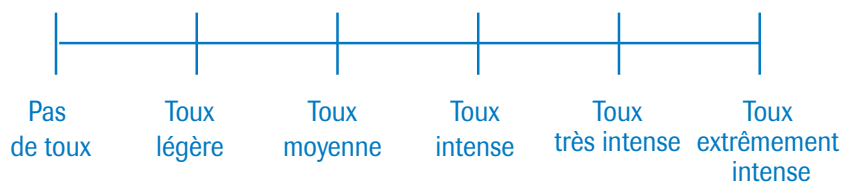


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°5



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

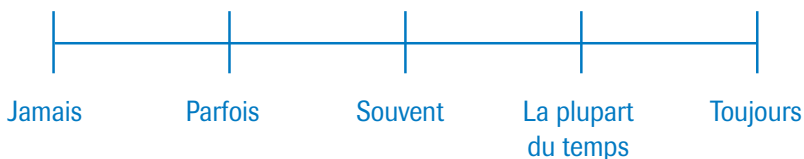
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

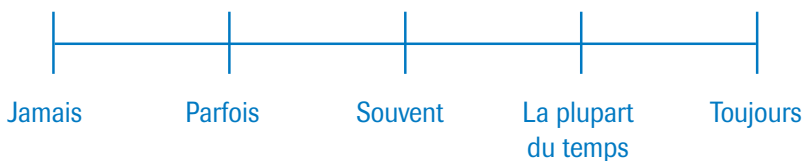
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°5

N°6

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

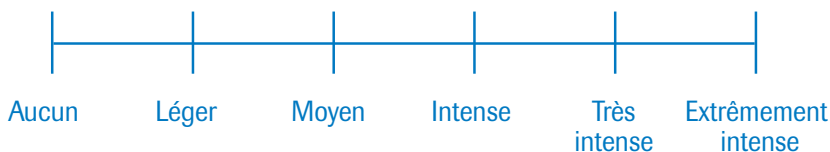
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

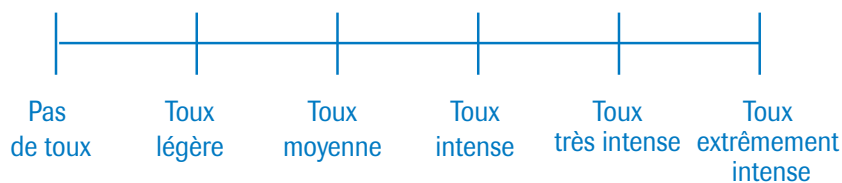


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°6



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

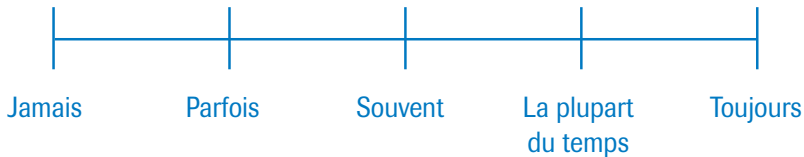
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

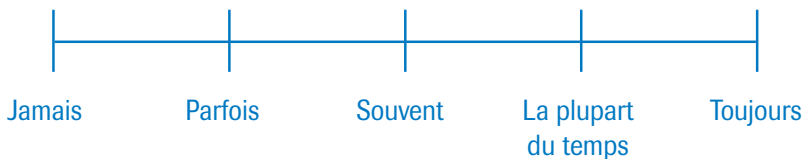
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°6



N°7

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

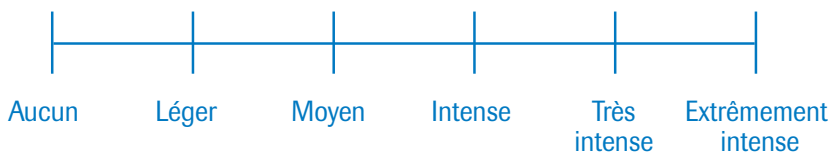
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

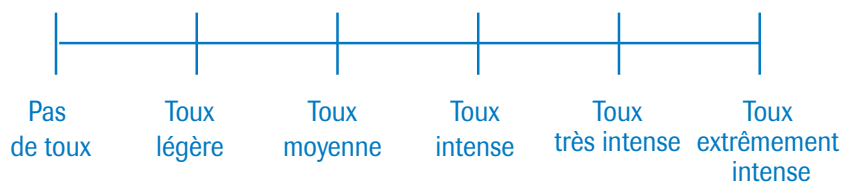


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois
n°7



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

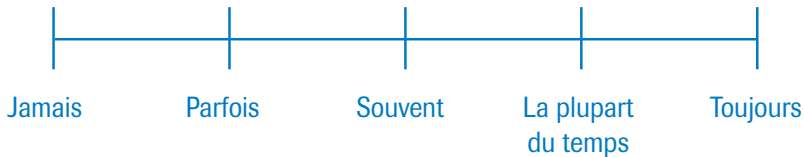
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

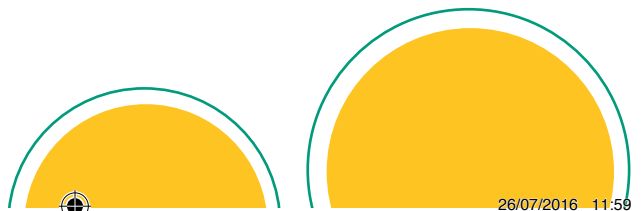
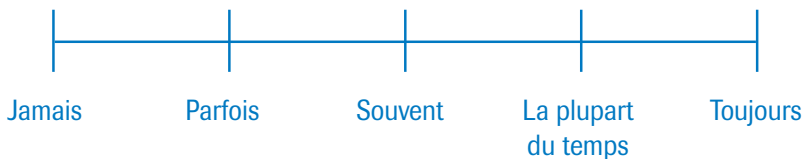
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°7





N°8

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

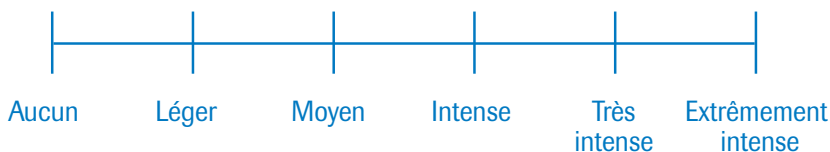
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

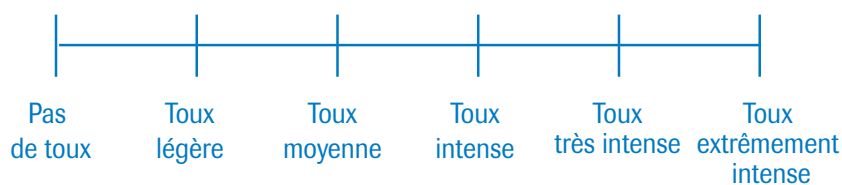


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois
n°8



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

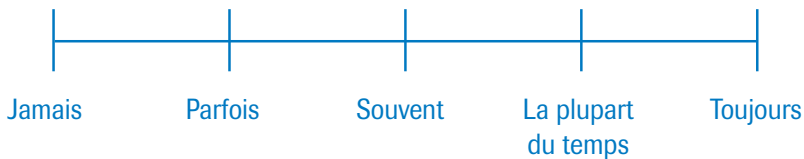
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

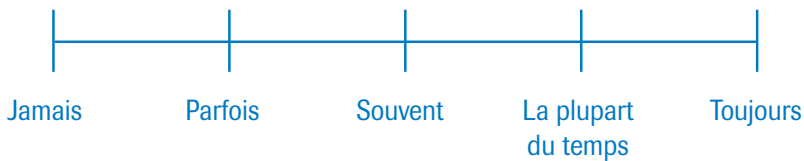
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°8



N°9

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

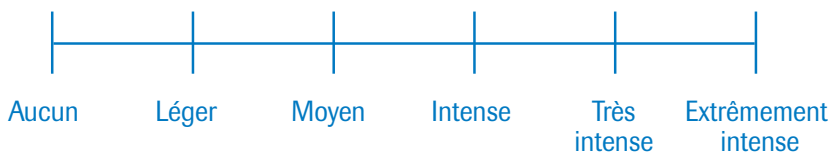
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

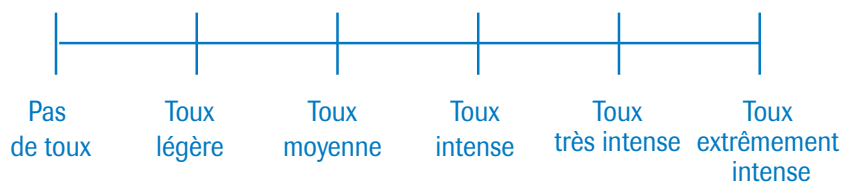


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°9



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement
amélioré

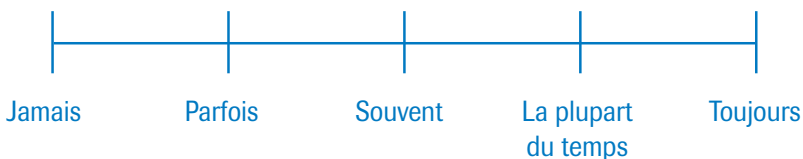
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement
amélioré

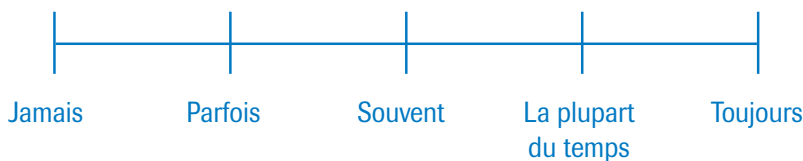
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°9



N°10

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

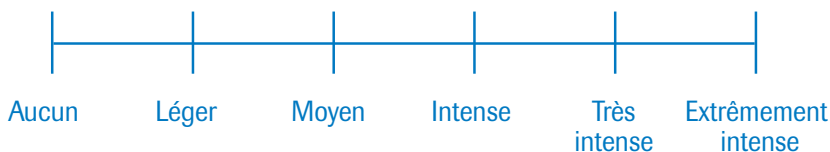
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

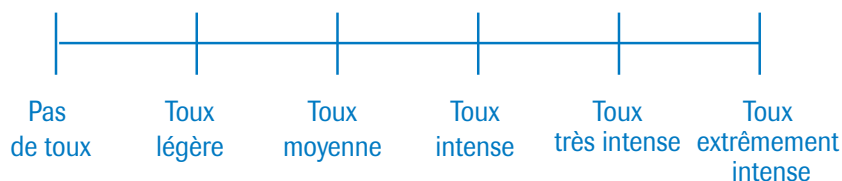


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois
n°10



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

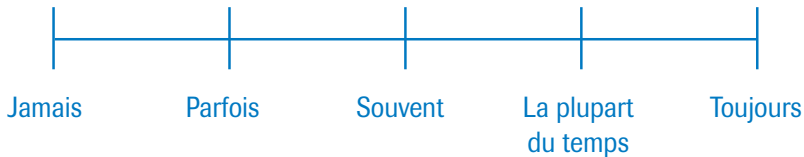
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

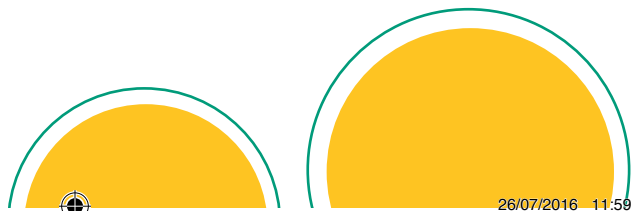
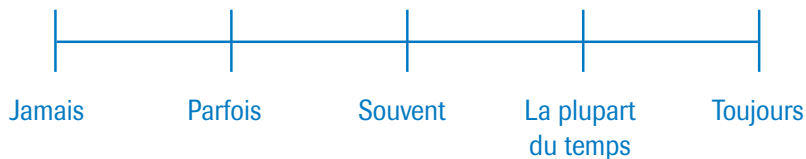
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°10



N°11

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

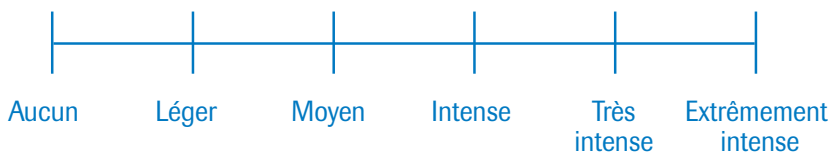
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

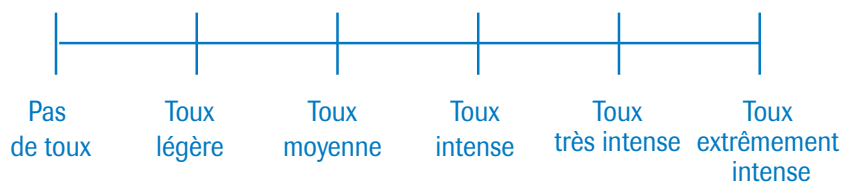


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°11



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement amélioré

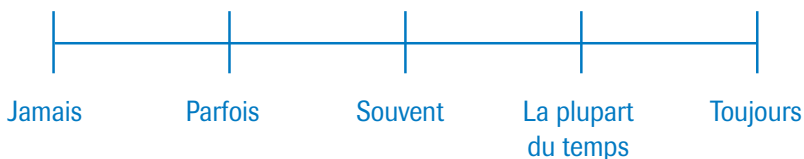
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement amélioré

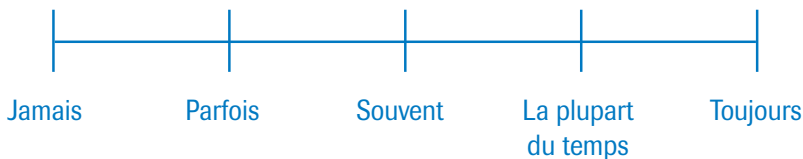
S'est amélioré légèrement

Est stable

S'est aggravé légèrement

S'est fortement aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°11



N°12

Fiche de suivi mensuel de mes symptômes

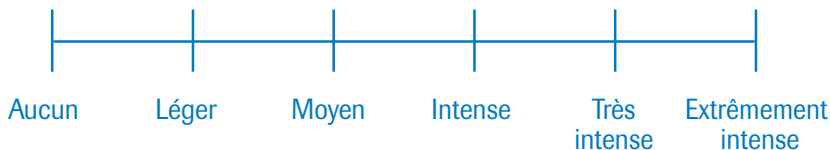
- Date : ____/____/____
- Votre poids actuel ____kg ____g

Votre essoufflement au cours de ces 4 dernières semaines

1. Vous trouvez que votre essoufflement

- S'est fortement amélioré S'est amélioré légèrement Est stable S'est aggravé légèrement S'est fortement aggravé

2. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre essoufflement au quotidien

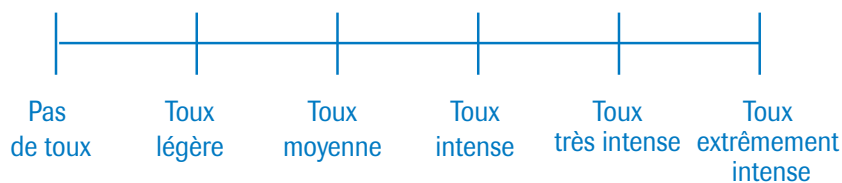


Votre toux au cours de ces 4 dernières semaines

3. Vous trouvez que votre toux

- S'est fortement améliorée S'est améliorée légèrement Est stable S'est aggravée légèrement S'est fortement aggravée

4. Indiquez sur cette échelle l'intensité de votre toux au quotidien



Mois n°12



Votre santé physique au cours de ces 4 dernières semaines

5. Vous trouvez que **votre état physique**

S'est fortement
amélioré

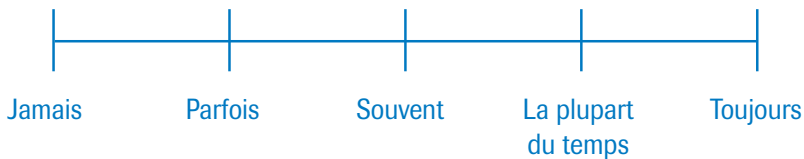
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

6. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état physique**, vous avez été limité pour faire certaines choses (déplacer une chaise, monter des escalier, jardiner...)?



Votre moral au cours de ces 4 dernières semaines

7. Vous trouvez que **votre moral**

S'est fortement
amélioré

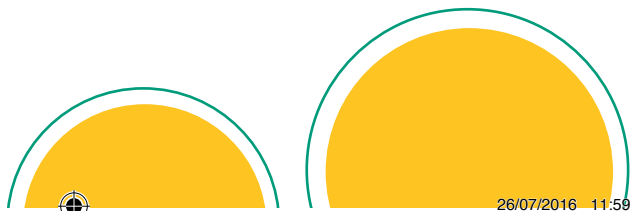
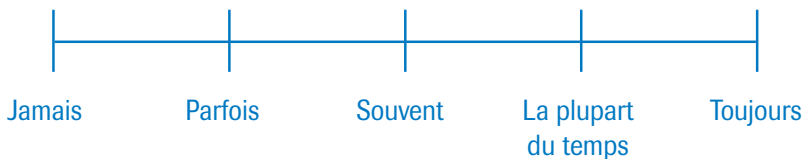
S'est amélioré
légèrement

Est stable

S'est aggravé
légèrement

S'est fortement
aggravé

8. Indiquez sur cette échelle si, en raison de **votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?





Fiche de suivi mensuel de mes traitements

- Traitement spécifique de votre fibrose pulmonaire idiopathique

- Nombre de prises prescrites par mon médecin



Matin



Midi



Soir

- Autres traitements _____

- Oxygénothérapie : Débit au repos _____ Débit à l'effort _____

- Effets secondaires apparus sur les 4 dernières semaines

Effets secondaires	Précisions	Répercussion sur votre vie quotidienne
Troubles digestifs Nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit, constipation, douleurs abdominales		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Problèmes de peau Coup de soleil, éruption cutanée		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Affections hépatobiliaires Augmentation des enzymes hépatiques		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Manifestations respiratoires Toux, dyspnée, infections des voies respiratoires hautes		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante
Autres		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante

Mois n°12



Si vous ressentez un quelconque effet indésirable,
parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un
médicament à votre Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) ou
sur www.signalement-sante.gouv.fr.

Vous avez à votre disposition des brochures pour vous aider à mieux les gérer,
n'hésitez pas à les demander à votre pneumologue.



Précautions à prendre
avant une exposition au soleil



Précautions à prendre
pour minimiser les troubles digestifs