



Mon Journal NMOSDS lors du traitement par ENSPRYNG® ▼ (Satralizumab)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet secondaire. Merci de déclarer les effets indésirables à Roche Pharma (Suisse) SA (switzerland.ds@roche.com) ou à Swissmedic (www.swissmedic.ch).



Chère patiente, cher patient,

En tant qu'assistant personnel, Mon Journal NMOSD vous accompagnera dans le suivi de votre traitement pour faire face à la maladie. Nous vous encourageons à participer activement au suivi de votre thérapie.

En documentant plus précisément les changements observés au niveau de vos symptômes ainsi que la survenue d'événements particuliers, votre médecin pourra évaluer au mieux votre réponse à la thérapie ENSPRYNG®. Et, si nécessaire, adapter le traitement.

Si vous avez des questions sur le traitement et en cas d'éventuels effets secondaires, adressez-vous à votre médecin.

Nous vous souhaitons le meilleur pour votre santé!

Votre Roche Neuroscience Team

Pensez à prendre votre Journal NMOSD lors de vos visites médicales.

Comment bien utiliser Mon Journal NMOSD?

A chaque injection ENSPRYNG[®], veuillez remplir les données suivantes:

- Date, heure
- Numéro de lot

N'oubliez pas de documenter aussi les injections administrées chez le médecin et à l'hôpital dans Mon Journal NMOSD.

Pour chaque injection, veuillez également cocher le site d'injection utilisé.



Par ailleurs, vous devez entrer dans votre Journal NMOSD les changements ou événements depuis la dernière injection:

- Améliorations ou aggravations de vos symptômes
- Changements dans vos autres traitements (nom/dosage)
- Événements particuliers en lien avec le travail, la famille, les loisirs/sports, la nourriture, etc.

Si vous avez oublié une prise de ENSPRYNG[®], vous devez la rattraper dès que possible. N'attendez pas la prochaine dose prévue. Veillez également à toujours indiquer la date à laquelle l'injection effectivement eu lieu.

Vous trouverez un exemple d'utilisation de Mon Journal NMOSD à la page suivante.

Si vous rencontrez des difficultés pour le remplir, une personne de votre entourage ou bien votre médecin pourront vous aider.

Démarrer ENSPRYNG®

Au début de votre traitement, vous commencez par les doses de charge composée au total de 3 injections toutes les 2 semaines (semaines 0, 2, et 4).

Démarrer ENSPRYNG® – exemple

Au début de votre traitement, vous commencez par des doses de charge composée au total de 3 injections: 1 injection aux semaines 0, 2, et 4

Dose de charge: semaine 0 / injection 1

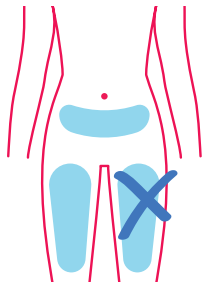
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date 07.08.20 Heure 10 heure

N° de lot 10182525

Injection ENSPRYNG®

Veillez marquer le site d'injection par une croix



Aujourd'hui, je me sens

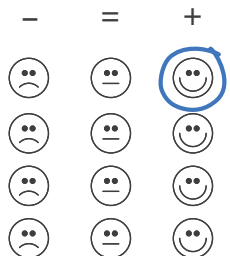


Commentaires

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

Depuis la dernière injection, mes symptômes ont globalement évolué:

Toujours pas de poussée



Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

Observations & particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

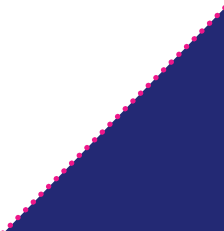
10.08.20

Mariage de ma sœur

12.08.20

Tour de vélo avec des amis

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



Démarrer ENSPRYNG® – semaine 0

Au début de votre traitement, vous commencez par des doses de charge composée au total de 3 injections: 1 injection aux semaines 0, 2, et 4

Dose de charge: semaine 0 / injection 1

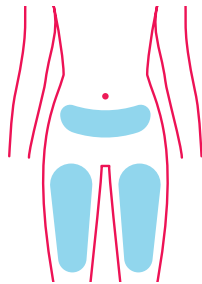
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez marquer le site d'injection par une croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

Depuis la dernière injection, mes symptômes ont globalement évolué:

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

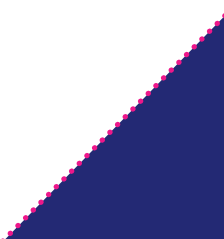
Observations & particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Démarrer ENSPRYNG® – semaine 2

Au début de votre traitement, vous commencez par des doses de charge composée au total de 3 injections: 1 injection aux semaines 0, 2, et 4

Dose de charge: semaine 2 / injection 2

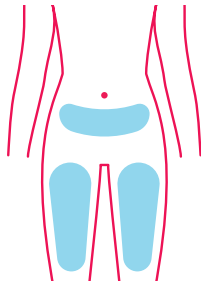
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez marquer le site d'injection par une croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

Depuis la dernière injection, mes symptômes ont globalement évolué:

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

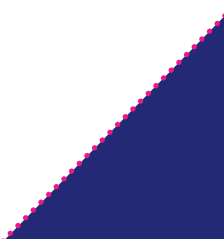
Observations & particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Démarrer ENSPRYNG® – semaine 4

Au début de votre traitement, vous commencez par des doses de charge composée au total de 3 injections: 1 injection aux semaines 0, 2, et 4

Dose de charge: semaine 4 / injection 3

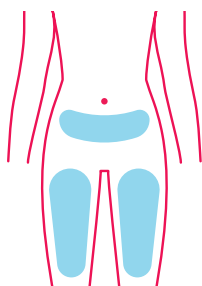
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez marquer le site d'injection par une croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

Depuis la dernière injection, mes symptômes ont globalement évolué:

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

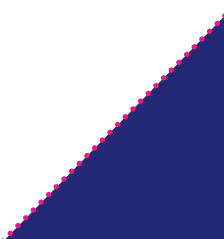
Observations & particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

**Lors du traitement d'entretien qui suit,
la dose d'entretien est de 1 injection toutes
les 4 semaines (à partir de la semaine 8).**

Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

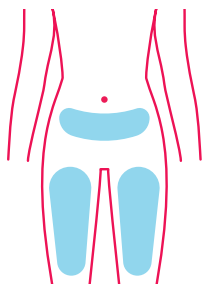
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

.....

.....

.....

Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

.....

.....

.....

.....

.....

.....

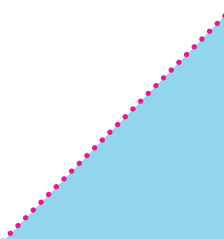
.....

.....

.....

.....

.....



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

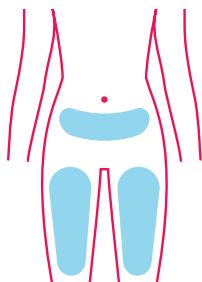
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

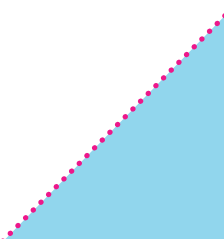
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

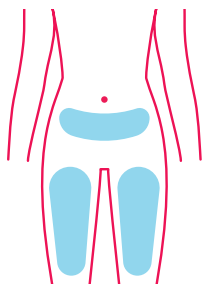
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

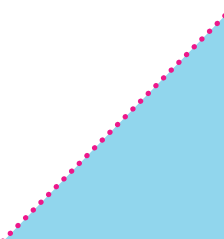
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

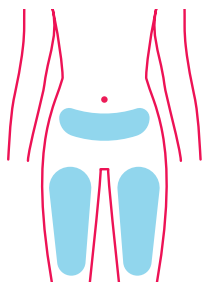
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

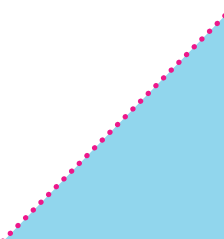
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

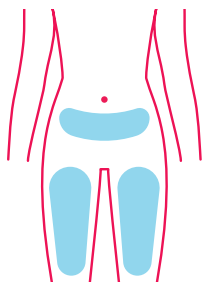
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

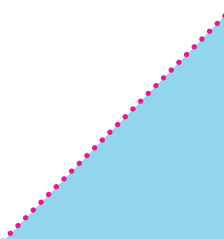
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

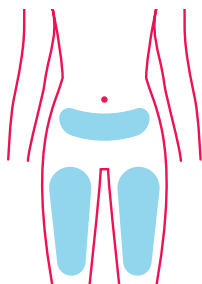
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

.....

.....

.....

Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

.....

.....

.....

.....

.....

.....

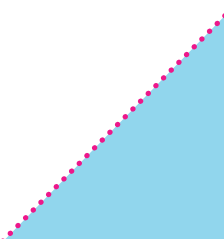
.....

.....

.....

.....

.....



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

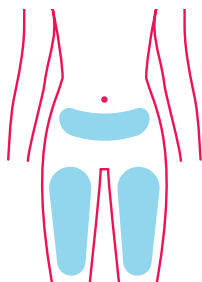
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

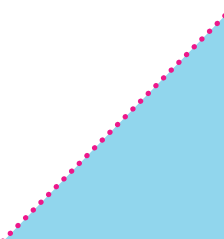
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

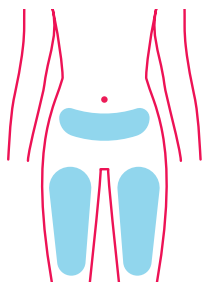
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

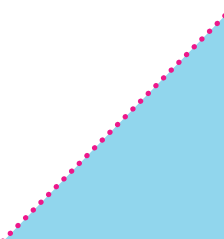
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

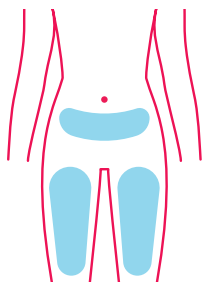
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

.....

.....

.....

Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

.....

.....

.....

.....

.....

.....

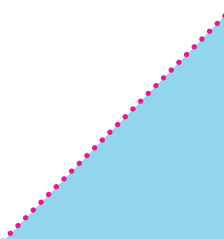
.....

.....

.....

.....

.....



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

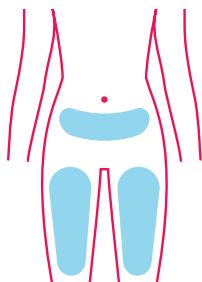
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

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

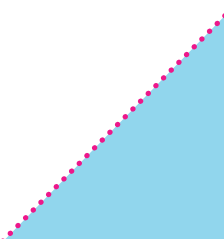
Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

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



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

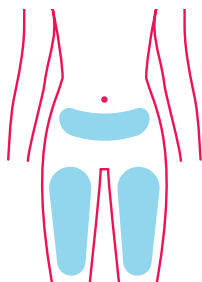
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

.....

.....

.....

Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

.....

.....

.....

.....

.....

.....

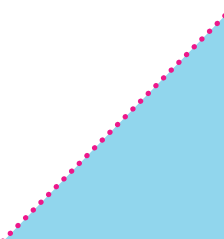
.....

.....

.....

.....

.....



Mon traitement d'entretien par ENSPRYNG®

Dose d'entretien: 1 injection toutes les 4 semaines

Dose d'entretien:

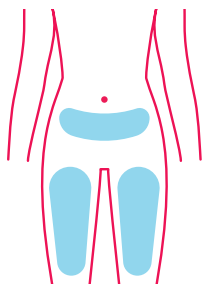
Injection ENSPRYNG® réalisée

Date Heure

N° de lot

Injection ENSPRYNG®

Veillez
marquer
le site
d'injection
par une
croix



Aujourd'hui, je me sens



Commentaires

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

**Depuis la dernière injection, mes symptômes
ont globalement évolué:**

| | - | = | + |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Voici comment j'ai supporté l'injection:

Bien

Moins bien. J'ai eu les troubles suivants:

.....

.....

.....

Observations et particularités

Événements / activités particuliers, symptômes, remarques

Date

Description

.....

.....

.....

.....

.....

.....

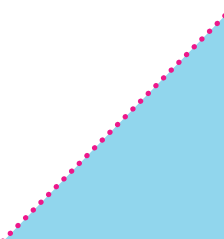
.....

.....

.....

.....

.....



Plus d'informations sur les NMOSD



Brochure destinée aux patients atteints de NMOSD

Cette brochure traite spécifiquement des NMOSD et vous fournit des informations détaillées sur différents sujets du quotidien tels que l'alimentation, l'activité physique et le droit social.



ENSPRYNG® brochure patient

Vous trouverez de plus amples informations sur votre traitement par ENSPRYNG® dans la brochure patient.

Vous pouvez à tout moment demander un nouveau Journal NMOSD à votre médecin.



Vous trouverez plus d'informations sur notre site Internet Focus la personne.
Mot de passe: MonENSPRYNG

Notes



A series of horizontal lines for writing notes, consisting of 20 thin grey lines spaced evenly down the page.

Cette brochure d'information est destinée aux personnes auxquelles un traitement par ENSPRYNG® (Satralizumab) a été prescrit; elle est exclusivement délivrée par des professionnels de santé. Les informations contenues dans cette brochure ne peuvent ni ne doivent remplacer les conseils des professionnels de santé. Si vous avez des doutes ou questions concernant votre santé, adressez-vous sans attendre à votre médecin.



Roche Pharma (Suisse) SA
4052 Bâle

07/2020 M-CH-00000156 RO81349