



CARNET DE SUIVI

VOTRE TRAITEMENT
par isotrétinoïne orale

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Vous devez conserver ce carnet et le présenter
à votre médecin à chaque consultation et à votre pharmacien
lors de chaque délivrance d'isotrétinoïne.



CARNET
DE SUIVI

DESTINÉ AUX FEMMES
TRAITÉES PAR
isotrétinoïne orale

Retrouvez dans ce rabat :

- Votre **accord de soins** (à conserver dans ce dossier), copie signée par vous-même à remplir par le médecin et à vérifier par le pharmacien

- Vous devez conserver ce carnet et le présenter à votre médecin à chaque consultation et à votre pharmacien lors de chaque délivrance d'isotrétinoïne.
- **Votre médecin complètera les mentions qui le concernent.**
- Il notera la date de votre prochain rendez-vous et la date à laquelle vous devrez faire réaliser votre test de grossesse avant d'aller à ce rendez-vous.
- Lors de votre visite, il notera la date et le résultat du test de grossesse (n'oubliez pas d'apporter votre résultat).
- **Vous devez conserver votre "accord de soins et de contraception" dans ce carnet.**
- **Nous vous rappelons qu'une contraception efficace est nécessaire 1 mois avant de débuter le traitement, tout au long du traitement et pendant au moins 1 mois après l'arrêt du traitement.**



DÉBUT DE TRAITEMENT ET RENOUVELLEMENT

- Vous devez IMPÉRATIVEMENT débuter votre traitement au maximum 7 jours après la prescription. Votre test de grossesse devra être négatif.

DÉLIVRANCE

- Lors de la délivrance, le pharmacien doit vérifier les mentions de votre carnet de suivi et que la prescription date de 7 jours au maximum. Si les conditions ne sont pas respectées, le pharmacien ne délivrera pas le produit.

DÉCLARATION DES EFFETS SECONDAIRES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. www.ansm.sante.fr. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

AVANT L'INSTAURATION DU TRAITEMENT

Méthode de contraception	
Date du début de contraception	____ / ____ / ____
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue	

1^{ÈRE} PRESCRIPTION

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

RENOUVELLEMENT

Méthode de contraception	
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF
Date effective du test de grossesse	____ / ____ / ____
Signature et tampon du Dermatologue ou Médecin en charge du renouvellement	
Date du prochain rendez-vous	____ / ____ / ____
Date du prochain test de grossesse	____ / ____ / ____
Nom du médicament prescrit	
Nom du médicament délivré, date de délivrance et tampon du Pharmacien	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ : _____ ____ / ____ / ____
Commentaires en cas de non délivrance	

Faites réaliser le dernier test de grossesse prescrit par votre médecin 5 semaines après l'arrêt de votre traitement par isotrétinoïne orale.

Ce résultat doit être adressé par le laboratoire d'analyses au médecin.

Date effective du test de grossesse	____/____/____
Résultat du test de grossesse	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF

Si ce résultat s'avère positif, contactez immédiatement votre médecin.

