



Carnet de suivi

Pour vous accompagner **durant** le traitement
de votre enfant.

Ce carnet de suivi a pour objectif de vous aider dans la prise en charge du traitement de votre enfant.

C'est un support où vous pourrez noter toutes les informations nécessaires au bon déroulement du traitement et qui vous permettra également d'échanger avec votre médecin et faciliter la liaison entre les différents professionnels de santé impliqués dans le traitement de votre enfant.

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

L'EXPERTISE
DANS LA PEAU

Patient

- Nom:
- Prénom:
- Date de naissance:
- Lieu de naissance:
- Rue/numéro:
.....
- Code postal:
- Ville:
- Téléphone:

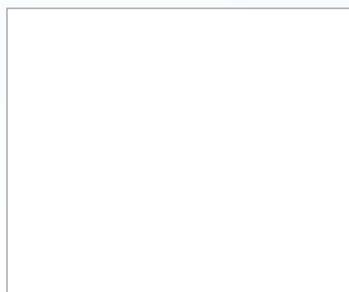
Nom des proches impliqués dans le traitement:

- Mère:
- Père:
- Nounou:
- Grands-parents:.....
- :

Les professionnels de santé impliqués dans le traitement

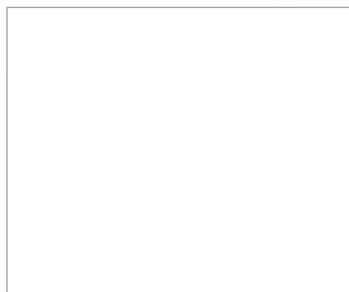
Médecin prescripteur:

- Nom:
- Tél.:
- E-mail:
- Adresse:



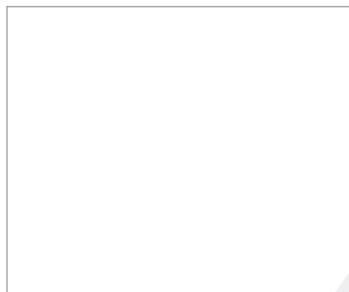
Pédiatre:

- Nom:
- Tél.:
- E-mail:
- Adresse:



Pharmacien:

- Nom:
- Tél.:
- E-mail:
- Adresse:





Pré-initiation (à remplir par le médecin)

Effectué

- Analyse des antécédents*:

- Cardiomyopathie
- Arythmie
- Bloc atrio-ventriculaire
- Autre:

- Dépistage des risques associés:

- Commentaires:
-
-
-

- Examen clinique complet (fréquence cardiaque, auscultation cardiaque et pulmonaire)*:

- Commentaires:
-
-
-

* en cas d'anomalie, procédez à une ECG / consultation en cardiologie pédiatrique.



Suivi médical (à remplir par le médecin)

Date du RDV			
Médecin			
Poids de l'enfant (kg)			
Dose prescrite (en mg/jour)			
Effets secondaires (par ex.: insomnie, extrémités froides...)			
Observation de l'hémangiome infantile (taille et couleur)			





Suivi médical (à remplir par le médecin)

Date du RDV			
Médecin			
Poids de l'enfant (kg)			
Dose prescrite (en mg/jour)			
Effets secondaires (par ex.: insomnie, extrémités froides...)			
Observation de l'hémangiome infantile (taille et couleur)			



Suivi médical (à remplir par le médecin)

Date du RDV			
Médecin			
Poids de l'enfant (kg)			
Dose prescrite (en mg/jour)			
Effets secondaires (par ex.: insomnie, extrémités froides...)			
Observation de l'hémangiome infantile (taille et couleur)			





Suivi médical (à remplir par le médecin)

Date du RDV			
Médecin			
Poids de l'enfant (kg)			
Dose prescrite (en mg/jour)			
Effets secondaires (par ex.: insomnie, extrémités froides...)			
Observation de l'hémangiome infantile (taille et couleur)			



Suivi médical (à remplir par le médecin)

Date du RDV			
Médecin			
Poids de l'enfant (kg)			
Dose prescrite (en mg/jour)			
Effets secondaires (par ex.: insomnie, extrémités froides...)			
Observation de l'hémangiome infantile (taille et couleur)			



Aide à l'administration et au suivi

Partie dédiée aux parents et
à l'entourage du patient.

Ce carnet s'adresse uniquement aux parents et à l'entourage des enfants auxquels le produit Hemangiol® a déjà été prescrit par un médecin. Il sert de complément à la notice d'emballage et aux instructions du médecin.



Il ne remplace pas la lecture attentive de la notice d'emballage.

Un guide pour l'entourage du patient est également à votre disposition. Celui-ci détaille les précautions d'emploi à prendre en considération dans le cadre du traitement et peut être téléchargé gratuitement sur: www.hemangiomes-infantiles.ch ou commandé à l'adresse suivante: dermatologie.ch@pierre-fabre.com.



Hemangiol® 3,75 mg/ml Propranolol Solution buvable

Votre médecin a prescrit Hemangiol® à votre enfant. Il se présente sous la forme d'une solution buvable.

Seul votre médecin est habilité à prescrire et à renouveler ce traitement par Hemangiol®. Ce médicament a été prescrit pour une durée de 6 mois maximum*.



Pour une information complète, lisez attentivement les documents qui vous ont été remis par votre médecin.

Si vous avez d'autres questions ou si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.



* Un éventuel renouvellement au bout de 6 mois peut être proposé par le médecin hospitalier.



Quand dois-je donner la dose?

Administrez toujours Hemangiol® à votre enfant **pendant ou juste après un repas** (lait maternel, lait maternisé ou nourriture solide).



Dans quels cas ne dois-je pas donner la dose?

- Lorsque votre enfant ne mange pas ou s'il vomit, ne pas rattraper la dose.
- N'essayez jamais de compenser une **dose oubliée** ou que **l'enfant ait régurgitée** après son administration.

Comment puis-je faciliter la prise ?

Vous pouvez mélanger Hemangiol® à une petite quantité de lait pour bébé ou de jus dans un biberon:



- Pour les enfants jusqu'à 5 kg: 1 cuillère à café (environ 5 ml) de lait pour bébé (lait maternel ou maternisé).
- Pour les enfants de plus de 5 kg: 1 cuillère à soupe (environ 15 ml) de lait pour bébé ou de jus de pomme ou d'orange.



En cas de **toux persistante**, contactez **immédiatement votre pédiatre.**

Comment administrer Hemangiol® à mon enfant?

La seringue pour administration orale contenue dans la boîte est spécialement conçue pour Hemangiol® et elle ne doit pas être échangée avec une autre seringue. Vous devez utiliser uniquement cette seringue pour administrer Hemangiol®. Si vous la perdez, adressez-vous à votre médecin.

Veillez à toujours administrer Hemangiol® en suivant exactement les indications de votre médecin.



Retirer tous les éléments de la boîte

Ouvrir la boîte d'Hemangiol® qui contient les éléments suivants dont vous aurez besoin pour administrer le médicament:

- le flacon en verre contenant 120 ml de Hemangiol® solution buvable,
- la seringue pour administration orale **graduée en mg** spécialement fournie avec ce médicament.

Retirer la seringue du sachet en plastique.



Vérifier la dose

Vérifier la dose en milligrammes (mg) prescrite par votre médecin sur l'ordonnance. Repérer le chiffre correspondant sur le corps de la seringue.



Ouvrir le flacon

Le flacon est muni d'un bouchon sécurité-enfant. Pour l'ouvrir: appuyer sur le bouchon en plastique tout en le tournant dans le sens contraire des aiguilles d'une montre (vers la gauche).

Ⓢ **Ne pas agiter le flacon avant utilisation.**



Fixer la seringue au flacon

Introduire l'extrémité de la seringue dans le flacon maintenu bien droit et enfoncer complètement le piston.

Ⓢ **Ne pas retirer l'embout-adaptateur de la seringue du col du flacon.**

Ⓢ **Utiliser uniquement la seringue spécialement fournie avec Hemangiol® pour mesurer et administrer la dose.**

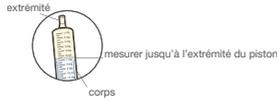
Ⓢ **Ne JAMAIS utiliser une cuillère, une autre seringue ou tout autre dispositif non spécifique d'Hemangiol.**

5



Prélever la dose

Une fois la seringue bien en place, retourner le flacon, tête en bas. Tirer le piston de la seringue vers le bas jusqu'au chiffre correspondant à la quantité en mg dont vous avez besoin.



6



Vérifier l'absence de bulles d'air

Si vous voyez des bulles d'air dans la seringue, maintenir la seringue en position droite, pousser le piston vers le haut suffisamment pour expulser complètement les grosses bulles d'air puis réajuster la dose prescrite par votre médecin.

7



Retirer la seringue

Reposer le flacon et retirer complètement la seringue du flacon.

Ⓛ Attention ne pas appuyer sur le piston au cours de cette étape.

8



Fermer le flacon

Replacer le bouchon en plastique sur le flacon en le tournant dans le sens des aiguilles d'une montre (vers la droite). Vérifier que la sécurité du bouchon est bien enclenchée.

9



Administrer HEMANGIOL® à votre enfant

Introduire la seringue dans sa bouche en la plaçant contre l'intérieur de sa joue. Vous pouvez maintenant pousser doucement le piston de la seringue pour administrer lentement Hemangiol® dans la bouche de votre enfant.

- Ⓛ Ne pas allonger votre enfant immédiatement après l'administration.
- Ⓛ Si votre enfant refuse de prendre Hemangiol®, vous pouvez le mélanger à une petite quantité de lait pour bébé ou de jus dans un biberon.

10



Nettoyer la seringue après chaque utilisation

Ⓛ Ne pas désolidariser la seringue, c'est-à-dire ne pas retirer le piston du corps de la seringue.

Pour rincer la seringue vide après chaque usage

- Ⓛ prendre un verre d'eau propre,
- Ⓛ tirer le piston pour remplir d'eau la seringue,
- Ⓛ jeter l'eau dans l'évier,
- Ⓛ répéter ce processus de nettoyage 3 fois.

Essuyer ensuite l'extérieur de la seringue simplement.

N'utiliser ni savon ni produit alcoolisé ni tout autre produit pour rincer la seringue.

Ne pas utiliser non plus un lave-vaisselle ou un stérilisateur.

Conservé le flacon et la seringue ensemble dans la boîte jusqu'à la prochaine utilisation, dans un lieu sûr où votre enfant ne peut pas les voir ou les prendre.

Jeter la seringue lorsque le flacon est vide.

Calendrier de suivi

Le calendrier suivant vous permet de suivre l'administration d'Hemangiol® tout au long du traitement de votre enfant.

1

Au fur et à mesure, inscrivez le mois et la semaine en cours.

2

Pour rappel, complétez la ligne «Dose par administration» selon les recommandations de votre médecin pour cette même période.

3

Inscrivez ou cochez quotidiennement les cases indiquant l'heure à laquelle vous avez donné le médicament à votre enfant.

Afin de respecter le minimum de **9 heures d'intervalle** entre les 2 prises quotidiennes: le carré rempli l'après-midi doit être de la même couleur que celui rempli le matin, ou de la couleur d'un des carrés suivants.

Exemple

Suivi du traitement

Dose par administration: 2 mg

1

Mois: Janvier

2

Semaine du 8 au 14

7h 8h 9h 10h 11h 16h 17h 18h 19h 20h

3

Lundi										
Mardi			<u>9h15</u> 					<u>18h30</u> 		
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Vomissement à 10h

Prochain RDV

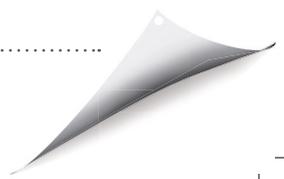
Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

Diarrhée en début de semaine.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h 8h 9h 10h 11h 16h 17h 18h 19h 20h

	7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h	
Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:
.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....





Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

Semaine du au

7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h
----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Lundi										
Mardi										
Mercredi										
Jeudi										
Vendredi										
Samedi										
Dimanche										

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

.....

.....



Suivi du traitement

Mois:

Dose par administration:

.....

Semaine du au

7h 8h 9h 10h 11h 16h 17h 18h 19h 20h

	7h	8h	9h	10h	11h	16h	17h	18h	19h	20h	
Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											

Mémo: Vous pouvez noter ici les faits ou sujets à aborder avec votre médecin à la prochaine consultation.

.....

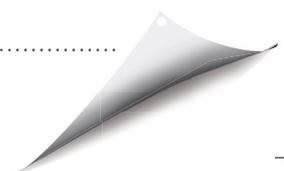
.....

.....



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.





Pour plus d'informations, vous pouvez
consulter le site internet:

www.hemangiomes-infantiles.ch

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

L'EXPERTISE
DANS LA PEAU