



BLENREP
belantamab
mafodotin

100 mg poudre pour solution
à diluer pour perfusion



▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

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 portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé www.signalement-sante.gouv.fr.

Pour plus d'informations, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>.
En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.



Effets indésirables cornéens

Carnet de liaison incluant les fiches d'évaluation ophtalmologique

*Document diffusé sous l'autorité de l'Agence Nationale de Sécurité
du Médicament et des produits de santé (ANSM)*

**Carnet à apporter à chaque rendez-vous avec votre
hématologue/oncologue et votre ophtalmologue**

Département
Information et
Accueil **Des réponses à**
Médical **vos questions au**
 01 39 17 84 44

Fax : 01 39 17 84 45
e-mail : diam@gsk.com

Votre médecin vous a prescrit un nouveau traitement

Ce carnet de suivi vous donne des informations et des conseils sur l'administration de votre traitement et vous permettra d'échanger avec vos médecins qui vous accompagnent.

Vous trouverez des informations sur le médicament qui vous sera administré, mais aussi sur les effets indésirables cornéens que vous pouvez être amené(e) à présenter, afin de savoir comment réagir. Lisez-les attentivement et si vous consultez un médecin différent de votre médecin habituel, montrez-lui ce carnet.

Vous pouvez y renseigner les différentes informations pratiques (adresses, contacts) qui vous sont utiles au quotidien.

Enfin, les calendriers de traitement mis à votre disposition pourront vous aider pour les dates d'administration de votre traitement, vous pourrez également renseigner l'apparition d'effets indésirables éventuels.

Ce carnet sera également important à apporter :

- à votre ophtalmologue qui complètera les résultats de vos examens ophtalmologiques à chaque consultation,
- puis à votre hématologue/oncologue à chaque consultation pour assurer votre suivi de traitement en lui permettant ainsi d'adapter votre traitement si nécessaire.

En complément de ce document, votre hématologue/oncologue vous remettra les éléments suivants :

- une brochure qui comporte des informations sur les effets indésirables cornéens pouvant survenir pendant le traitement, les modalités de surveillance et de gestion de ces effets.
- une carte patient indiquant que vous êtes sous traitement par belantamab mafodotin, à présenter aux professionnels de santé lors des visites de suivi et à présenter également au pharmacien pour la délivrance de larmes artificielles sans conservateur.
- une brochure destinée à votre ophtalmologue qui regroupe des informations sur les effets indésirables cornéens pouvant survenir suite au traitement par BLENREP ainsi que les modalités de suivi et de gestion de ces effets.

Présentation de ce carnet

Ce carnet est destiné à aborder :

- Les informations importantes relatives aux effets indésirables cornéens associés à BLENREP,
- La gestion de ces effets indésirables.
- Les instructions visant à faciliter la communication entre les prescripteurs et les ophtalmologues pour les patients traités par BLENREP.

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

Nom du patient : _____

Date prévue pour la 1^{re} perfusion : _____

Date du rendez-vous avec l'ophtalmologue : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE

- Complétez vos coordonnées.
- Donnez ce carnet à votre patient à qui vous avez prescrit BLENREP et demandez-lui de remplir ces informations.
- Rappelez à votre patient qu'il est indispensable de ramener ce carnet à chaque rendez-vous médical car il permet de communiquer entre vous, le patient, et son ophtalmologue.
- Utilisez les résultats des examens effectués par l'ophtalmologue pour déterminer si le patient a besoin d'une adaptation posologique de BLENREP (voir les adaptations posologiques recommandées à la page 7).¹
- Demandez l'avis d'un ophtalmologue en cas de survenue d'effets indésirables cornéens.

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de fax : _____ Adresse email : _____

OPHTALMOLOGUE

- Indiquez vos coordonnées afin que l'hématologue/oncologue puisse vous contacter si nécessaire.
- Consultez dans ce carnet les informations importantes concernant les examens ophtalmologiques pour les patients traités par BLENREP.
- Réalisez un examen ophtalmologique (incluant une évaluation de l'acuité visuelle et un examen à la lampe à fente) avant l'instauration du traitement, avant la réalisation des 3 cycles suivants, puis tout au long du traitement comme cliniquement indiqué.
- Complétez la fiche d'examen ophtalmologique du patient à chaque consultation.
- Pour les patients présentant des symptômes de sécheresse oculaire, d'autres traitements peuvent être envisagés.

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de fax : _____ Adresse email : _____

Des effets indésirables cornéens ont été rapportés avec BLENREP

- Dans l'étude clinique, les effets indésirables oculaires (tous grades) les plus fréquents rapportés chez les patients traités par BLENREP étaient une kératopathie ou des modifications de l'épithélium cornéen d'aspect microkystique [observées à l'examen oculaire, avec ou sans symptômes] (71 %), une vision floue (25 %) et une sécheresse oculaire (15 %).
- Les patients ayant des antécédents de sécheresse oculaire étaient plus enclins de présenter des modifications de l'épithélium cornéen.
- Les événements indésirables cornéens comprennent les effets indésirables rapportés par les patients et les anomalies observées à l'examen oculaire, y compris la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC).
- Une diminution de l'acuité visuelle (score de Snellen < 20/50, soit 4/10 sur l'échelle de Monoyer) du meilleur œil a été rapportée chez 18 % des patients et une diminution sévère de l'acuité visuelle (score de Snellen < 20/200, soit 1/10 sur l'échelle de Monoyer) du meilleur œil a été rapportée chez 1 % des patients.
- Les effets indésirables cornéens ont entraîné un report de l'administration chez 47 % des patients et une diminution de la posologie chez 27 % des patients. Le traitement a été interrompu en raison d'effets indésirables oculaires chez trois pour cent des patients.
- Le délai médian de survenue d'un effet indésirable cornéen de grade 2 ou plus (meilleure acuité visuelle corrigée ou kératopathie à l'examen oculaire) était de 36 jours (intervalle : 19 à 143 jours) et le délai médian de résolution de ces effets était de 91 jours (intervalle : 21 à 201 jours).
- Des cas d'ulcère cornéen (kératite ulcéreuse et infectieuse) ont été rapportés. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une prise en charge rapide et adaptée par un ophtalmologue. Le traitement par BLENREP doit être interrompu jusqu'à la guérison de l'ulcère cornéen.

Gestion des effets indésirables cornéens

La dose recommandée de BLENREP est de 2,5 mg/kg administrés par perfusion intraveineuse une fois toutes les 3 semaines (il est recommandé de poursuivre le traitement jusqu'à progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable).

Pour gérer les effets indésirables cornéens, il est recommandé :



d'utiliser des larmes artificielles sans conservateur au moins 4 fois par jour dès l'initiation du traitement par BLENREP, et continuer jusqu'à la fin du traitement, car cela pourrait réduire les symptômes cornéens.

Il existe des larmes artificielles remboursées si elles sont prescrites par un professionnel de santé. Pensez à faire/ à réclamer une prescription.

Chez les patients qui présentent des symptômes de sécheresse oculaire, l'ophtalmologue peut leur recommander des traitements supplémentaires



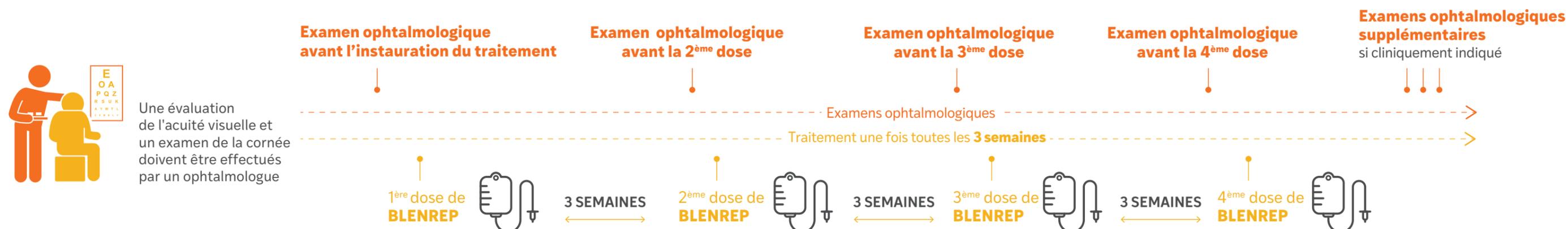
d'éviter de porter des lentilles de contact jusqu'à la fin du traitement par BLENREP



d'être prudents lors de la conduite de véhicules ou de l'utilisation de machines



de surveiller la survenue d'effets indésirables cornéens tout au long du traitement par BLENREP et de contacter un membre de l'équipe soignante en cas de besoin. Selon la nature et le grade de l'effet indésirable cornéen des modifications du traitement par BLENREP pourraient être envisagées (**report et/ou diminution de dose, voire un arrêt de traitement**) jusqu'à ce que les symptômes s'améliorent ou se résolvent (voir le tableau adaptation posologique page 7)



Gestion des effets indésirables cornéens

Les effets indésirables cornéens peuvent être pris en charge par une adaptation posologique (report de l'administration et/ou diminution de la posologie) voire l'arrêt du traitement, selon les recommandations cliniques.¹

• Méthode de classification des effets indésirables cornéens

Les effets indésirables cornéens peuvent comprendre les anomalies observées lors de l'examen oculaire et/ou des changements de l'acuité visuelle.

Le médecin prescripteur doit évaluer les résultats de l'examen ophtalmologique du patient avant l'administration et déterminer la posologie de BLENREP en fonction du degré de sévérité de l'œil le plus sévèrement atteint, les deux yeux pouvant ne pas être affectés au même degré (voire le tableau ci-dessous).¹

Au cours de l'examen ophtalmologique, l'ophtalmologue doit évaluer les éléments suivants :

- Les anomalies observées à l'examen de la cornée et la diminution de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC).
- En cas de diminution de la MAVC, le lien de cause à effet entre les anomalies observées à l'examen de la cornée et BLENREP doit être évalué.
- Les résultats d'examen et de la MAVC de l'œil le plus sévèrement atteint doivent être rapportés au médecin prescripteur par l'intermédiaire de ce carnet de liaison.

• Une adaptation posologique (report de l'administration et/ou diminution de la posologie) voire l'arrêt de traitement peut être nécessaire

Degré de sévérité ^a	Résultats de l'examen oculaire	Adaptations posologiques recommandées
Léger	<p><i>Anomalie(s) à l'examen cornéen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kératopathie superficielle légère^b <p><i>Modification de la MAVC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'acuité visuelle initiale d'1 ligne sur l'échelle de Snellen* 	Poursuivre le traitement à la dose actuelle.
Modéré	<p><i>Anomalie(s) à l'examen cornéen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kératopathie superficielle modérée^c <p><i>Modification de la MAVC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'acuité visuelle initiale de 2 ou 3 lignes (et non inférieure à 20/200 sur l'échelle de Snellen) 	<p>Suspendre le traitement jusqu'à l'amélioration des résultats d'examen de la cornée et de la MAVC vers un degré de sévérité léger ou mieux.</p> <p>Envisager de reprendre le traitement à une dose réduite à 1,9 mg/kg.</p>
Sévère	<p><i>Anomalie(s) à l'examen cornéen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kératopathie superficielle sévère^d • Ulcère cornéen^e <p><i>Modification de la MAVC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'acuité visuelle initiale de plus de 3 lignes sur l'échelle de Snellen* 	<p>Suspendre le traitement jusqu'à l'amélioration des résultats d'examen de la cornée et de la MAVC vers un degré de sévérité léger ou mieux.</p> <p>En cas d'aggravation des symptômes ne répondant pas à une prise en charge appropriée, envisager l'arrêt du traitement.</p>

^a Le degré de sévérité est défini par l'œil le plus sévèrement atteint, les deux yeux pouvant ne pas être affectés au même degré. ^b **Kératopathie superficielle légère** (aggravation documentée par rapport à l'examen initial), avec ou sans symptômes. ^c **Kératopathie superficielle modérée** avec ou sans dépôts d'aspect microkystique localisés, un haze sous-épithélial (périphérique), ou une nouvelle opacité stromale périphérique. ^d **Kératopathie superficielle sévère** avec ou sans dépôts d'aspect microkystique diffus impliquant le centre de la cornée, un haze sous-épithélial (central), ou une nouvelle opacité stromale centrale. ^e Un ulcère de la cornée doit faire l'objet d'une prise en charge rapide et adaptée par un ophtalmologue.

* voir tableau de correspondance d'acuité visuelle ci-contre.

MAVC : meilleure acuité visuelle corrigée.

Tableau de correspondance d'acuité visuelle

Notation de Snellen (se mesure à 6 m)	Notation Monoyer
	pas de perception lumineuse
20/4000	1/200 (voit bouger la main)
20/2400	1/120
20/2000	1/100 (CLD à 30 cm)
20/1600	1/80
20/1200	1/60
20/1000	1/50 (CLD à 1 m)
20/800	1/40
20/600	1/30
20/500	1/25
20/400	1/20
20/320	1/16
20/250	1/12
20/200	1/10
20/160	1,25/10
20/125	1,6/10
20/100	2/10
20/80	2,5/10
20/63	3,2/10
20/50	4/10
20/40	5/10
20/32	6,3/10
20/25	8/10 (7/10)
20/20	10/10 (9/10)
20/16	12,5/10
20/12,5	16/10
20/10	20/10

CLD : Compte Les Doigts

Référence :

1. Résumé des caractéristiques du produit de BLENREP

Suivi, évaluation et prise en charge des effets indésirables cornéens

Examen ophtalmologique avant l'instauration du traitement

OPHTALMOLOGUE ANTÉCÉDENTS OCULAIRES DU PATIENT

Antécédents importants à signaler au médecin prescripteur

Cochez les antécédents oculaires

Sécheresse oculaire

Kératopathie

Kératite

Autres Précisez : _____

RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen

Résultats de l'examen cornéen* Œil droit (OD) Œil gauche (OG)

Cochez les cases

Kératopathie superficielle légère

Kératopathie superficielle modérée

Kératopathie superficielle sévère

Ulcère cornéen

Autres _____

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Initiation du traitement : Oui / Non

Si oui date de la 1^{re} perfusion : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la 2^{ème} dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non
Vision floue		
Diminution de l'acuité visuelle		
Sécheresse oculaire		
Douleur oculaire		
Rougeur oculaire		
Sensibilité à la lumière		
Larmoiement / œil qui pleure		
Autres*		

Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Conduire		
Lire		
Regarder la télévision		
Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Autres activités qui sont importantes pour vous*		

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
Kératopathie superficielle légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kératopathie superficielle modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kératopathie superficielle sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère cornéen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

* Définitions des kératopathies superficielles en page 7

Examen ophtalmologique avant la 3^{ème} dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la 4^{ème} dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC

Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

Examen ophtalmologique avant la ___ dose (date : _____)

PATIENT : SYMPTÔMES OCULAIRES

Symptômes oculaires	Oui	Non	Difficultés dans les activités quotidiennes	Oui	Non
Vision floue			Conduire		
Diminution de l'acuité visuelle			Lire		
Sécheresse oculaire			Regarder la télévision		
Douleur oculaire			Utiliser un ordinateur/une tablette/ un téléphone		
Rougeur oculaire			Autres activités qui sont importantes pour vous*		
Sensibilité à la lumière					
Larmoiement / œil qui pleure					
Autres*					

* Si vous ressentez d'autres problèmes liés à vos yeux veuillez les décrire ici : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

OPHTALMOLOGUE : RÉSULTATS DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Date de l'examen : _____

Quelle est la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) ? OD___/___ OG___/___

Résultats de l'examen cornéen et changements de la MAVC					
Résultats de l'examen cornéen	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)	Changement de la MAVC par rapport à l'acuité visuelle initiale (échelle de Snellen)	Œil droit (OD)	Œil gauche (OG)
Cochez les cases			Cochez les cases		
<i>Kératopathie superficielle légère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle modérée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution d'1 ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kératopathie superficielle sévère</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de 2 ou 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulcère cornéen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminution de plus de 3 lignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____					

Autres observations : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

HÉMATOLOGUE/ONCOLOGUE : DÉCISION CONCERNANT LE TRAITEMENT

Poursuite du traitement / interruption du traitement / reprise du traitement / diminution de la posologie / arrêt du traitement

Date de la perfusion actuelle : _____ Dose du traitement : _____

Date prévue pour la prochaine perfusion : _____

