

# Carnet de suivi du traitement de votre glaucome



## Identité du titulaire

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

## Personnes à prévenir en cas de problème

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Médecin traitant

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## Ophthalmologue

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## Votre contact aux HUG

Secrétariat glaucome : ☎ 022 372 84 80

Equipe infirmière : ☎ 022 372 84 05, de 6h30 à 20h

## Allergies

\_\_\_\_\_

## Votre carnet

### But de votre traitement

Il contribue principalement à abaisser la pression intra-oculaire et tend à préserver votre champ visuel.

Il existe trois méthodes :

- le traitement médical par collyres et/ou comprimés
- le laser
- la chirurgie

### Suivi du traitement par collyres

Si vous avez un traitement à base de gouttes, il devra être administré régulièrement et suivi à vie.

#### Respectez les recommandations suivantes :

- Si vous mettez plusieurs collyres, attendez cinq à dix minutes entre chacun d'entre eux.
- Observez la fréquence (1 à 2 fois par jour) et les horaires prescrits par votre médecin.
- N'interrompez jamais le traitement sans l'accord de votre médecin.

### Quel objectif ?

Ce carnet de suivi est pour vous. Vous, votre médecin, ou l'infirmière, pourrez y noter tous les renseignements concernant votre glaucome. Il doit être tenu à jour. Prenez-le avec vous à chaque rendez-vous en ophtalmologie.

## Votre traitement

Date : \_\_\_\_\_

Collyres		.....h	.....h	.....h	.....h
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				

Comprimés		.....h	.....h	.....h	.....h

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre suivi et enseignement thérapeutique

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre traitement

Date : \_\_\_\_\_

Collyres		.....h	.....h	.....h	.....h
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				

Comprimés		.....h	.....h	.....h	.....h

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre suivi et enseignement thérapeutique

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre traitement

Date : \_\_\_\_\_

Collyres		.....h	.....h	.....h	.....h
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				

Comprimés		.....h	.....h	.....h	.....h

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Votre suivi et enseignement thérapeutique

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre traitement

Date : \_\_\_\_\_

Collyres		.....h	.....h	.....h	.....h
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				
	OD				
	OG				

Comprimés		.....h	.....h	.....h	.....h

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Votre suivi et enseignement thérapeutique

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultation le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

Acuité visuelle: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Tension oculaire: OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Histoire de mon glaucome

Diagnostiqué le : \_\_\_\_\_

Notes personnelles :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



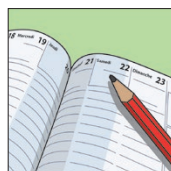
## Recommandations pour votre sécurité



Pensez à prendre votre carnet de suivi lors de vos rendez-vous chez votre ophtalmologue.



Lors de vos visites chez le médecin ou lors d'hospitalisations, pensez à informer que vous êtes traités pour le glaucome.



Ne manquez pas vos rendez-vous de suivi fixés par votre ophtalmologue.



Mettez vos collyres chaque jour à la même heure. Une seule goutte suffit !



Informez, immédiatement votre ophtalmologue en cas de douleur oculaire associée à :

- une baisse de vision
- des maux de tête, nausées
- des sensations de malaise
- une rougeur de l'œil.



Lavez-vous les mains avant de mettre votre collyre.



Ne touchez pas votre œil avec l'embout du flacon et respectez la durée de validité du flacon après ouverture.



Ayez suffisamment de collyres, car le traitement ne doit pas être interrompu sans l'avis de votre ophtalmologue.

**Je suis sous traitement  
pour le glaucome**



## Pour en savoir plus

Il existe une brochure d'information intitulée *Le glaucome et ses traitements*. N'hésitez pas à la demander lors d'une consultation.

Ce carnet, testé auprès des patients, a été rédigé par le service d'ophtalmologie et le groupe d'information pour patients et proches (GIPP) des HUG.

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Traitement: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(A conserver sur soi)

