

# CARNET D'AUTO-INJECTION POUR LES PATIENTS ADULTES\*

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM

Pour vous aider dans l'administration  
de Nplate® (romiplostim) à domicile

**Votre professionnel de santé doit inscrire  
votre dose actuelle en millilitres (mL)  
sur ce carnet.**

**Votre professionnel de santé doit inscrire  
le nom de la personne à contacter dans  
la section intitulée "Au cas où vous auriez  
besoin d'aide..." au dos de ce carnet.**

**Utilisez ce carnet d'auto-injection pour  
vous aider à vous souvenir de ce dont vous  
voulez parler à votre professionnel de santé  
lors de votre prochaine visite.**

\* L'auto-injection de Nplate® n'est pas autorisée  
pour les patients pédiatriques.



Ce carnet d'auto-injection vous aidera à suivre vos administrations de Nplate® réalisées à domicile à l'aide des rubriques suivantes :

- Votre dose actuelle
- Le calendrier de suivi de vos injections, avec :
  - Les dates d'injection prévues
  - Les conditions d'administration
  - Les problèmes éventuels rencontrés lors de l'auto-injection

Le calendrier comporte plusieurs pages. A chaque modification de dose par votre médecin, barrez les pages précédemment utilisées et débutez sur une nouvelle page indiquant désormais la nouvelle dose à administrer. A chaque injection vous pourrez ainsi vous référer à l'aide visuelle plus facilement.

Il est important de conserver ces informations car elles seront utiles pour que vous et votre professionnel de santé puissiez vérifier que vous recevez la bonne dose de Nplate® au bon moment.

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.

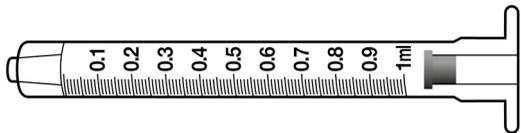
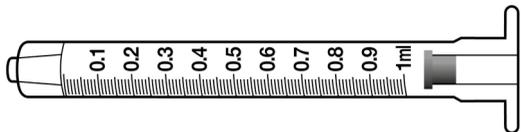
Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

Pour plus d'information, consultez 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.

Pour plus d'informations, consultez la notice du produit disponible à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique-medicaments.gouv.fr>

## Demandez à votre professionnel de santé de compléter le tableau ci-dessous pour préciser la dose prescrite et le volume correspondant à injecter.

Date de la prescription	Dose exacte prescrite (ml)	Enregistrement visuel du volume à injecter (ml)
...../...../.....	.....	
		 (Si nécessaire*)

\* Si deux flacons sont nécessaires pour administrer la dose totale exacte, votre professionnel de santé devra **noter et dessiner** le volume à prélever pour chacun des flacons.

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

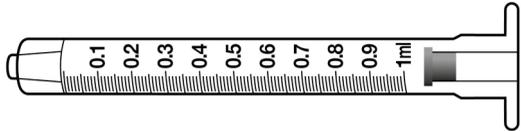
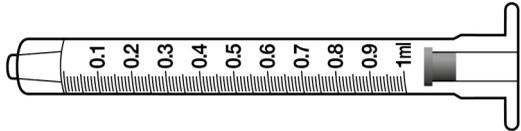
**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

**Demandez à votre professionnel de santé de compléter le tableau ci-dessous pour préciser la dose prescrite et le volume correspondant à injecter.**

Date de la prescription	Dose exacte prescrite (ml)	Enregistrement visuel du volume à injecter (ml)
...../...../.....	.....	
		 (Si nécessaire*)

\* Si deux flacons sont nécessaires pour administrer la dose totale exacte, votre professionnel de santé devra **noter et dessiner** le volume à prélever pour chacun des flacons.

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

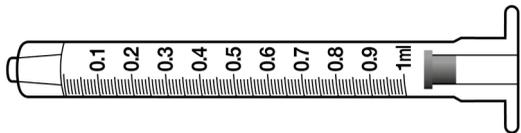
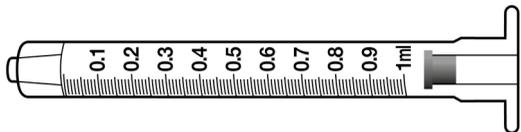
**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Demandez à votre professionnel de santé de compléter le tableau ci-dessous pour préciser la dose prescrite et le volume correspondant à injecter.

Date de la prescription	Dose exacte prescrite (ml)	Enregistrement visuel du volume à injecter (ml)
..... / ..... / .....	.....	
		 <p>(Si nécessaire*)</p>

\* Si deux flacons sont nécessaires pour administrer la dose totale exacte, votre professionnel de santé devra **noter et dessiner** le volume à prélever pour chacun des flacons.

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	

## Utilisez ce calendrier pour suivre vos administrations

**Si vous ne vous injectez pas la bonne dose, contactez immédiatement votre médecin.**

Il est possible qu'il vous place en observation pendant un certain temps.

En cas d'oubli d'une dose prévue, appelez votre médecin pour décider quand prendre la prochaine dose ; notez la nouvelle date et la raison du changement dans la 3<sup>ème</sup> colonne.

Date d'administration	Conditions d'administration	Notez tous les problèmes que vous avez pu rencontrer lors de l'auto-injection
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	
..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Démonstration faite devant moi par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé m'a observé(e) faire une auto-injection <input type="checkbox"/> J'ai réalisé l'auto-injection seul(e) à domicile <input type="checkbox"/> Suivi à l'hôpital toutes les 4 semaines	



## Au cas où vous auriez besoin d'aide ...

Votre professionnel de santé devra inscrire ici les coordonnées de la personne à contacter pour votre auto-injection de Nplate®.

**Nom de la personne à contacter :**

.....

**Nom de l'établissement de soins :**

.....

**Téléphone :** .....

**E-mail :** .....

**Pour plus d'information, consultez la notice du produit sur la base de données publique des médicaments en scannant ce QR code :**



**ou directement sur le site internet :**  
**<http://base-donnees-publique-medicaments.gouv.fr>**

AMGEN SAS, Société par Actions Simplifiée  
au capital de 307.500 euros  
377 998 679 RCS Nanterre  
25 Quai du Président Paul Doumer, 92400 Courbevoie.

FR\_Nplate\_Carnet d'auto-injection\_EU v2.0-V66\_FRA-531-0424-80005\_Juillet 2024



**AMGEN®**