

abbvie

REGISTRO DE

LAS GOTAS OFTÁLMICAS



EL CUIDADO DE LOS OJOS ES UNA PARTE IMPORTANTE DE SU TRATAMIENTO. ESTE FOLLETO LE AYUDARÁ A LLEVAR UN REGISTRO DE CUÁNDO DEBERÁ USAR LAS GOTAS OFTÁLMICAS Y LE SERVIRÁ DE RECORDATORIO DE QUE DEBE USARLAS SEGÚN LAS INDICACIONES.

TIPOS DE GOTAS OFTÁLMICAS

Antes de recibir el tratamiento, y periódicamente durante todo el tratamiento, su médico le pedirá que consulte con un oculista (oftalmólogo u optometrista).



Recibirá 2 tipos de gotas oftálmicas para usar antes y durante su tratamiento:

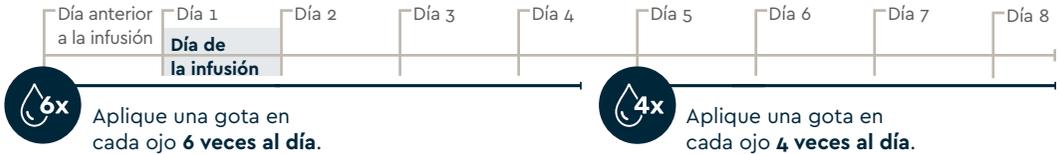
- Gotas oftálmicas con corticoesteroides recetadas, surtidas por un farmacéutico
- Gotas oftálmicas lubricantes sin conservantes de venta libre

CRONOGRAMA RECOMENDADO PARA LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Gotas oftálmicas con corticoesteroides

Se recomienda usar gotas oftálmicas con corticoesteroides durante todo el ciclo de infusión.

Cronograma de las gotas oftálmicas con corticoesteroides para cada ciclo de infusión (cada 3 semanas)



Gotas oftálmicas lubricantes

También se recomienda el uso de gotas oftálmicas lubricantes sin conservantes al menos 4 veces al día y según sea necesario durante el tratamiento.

Esperar al menos 10 minutos después de aplicarse las gotas oftálmicas con corticoesteroides antes de usar las gotas oftálmicas lubricantes.

RECORDATORIOS



Use las gotas oftálmicas según las indicaciones de su médico.



Evite el uso de lentes de contacto durante todo el tratamiento, a menos que su médico le indique que los use.



Durante el tratamiento, informe a su médico si experimenta problemas oculares, incluidos visión borrosa, ojo seco, sensibilidad a la luz, dolor ocular o cambios nuevos o empeoramiento de la visión.



Los kits de inicio del tratamiento y de bienvenida contienen un suministro de gotas oftálmicas lubricantes para 2 meses.

CÓMO USAR EL REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

En los espacios provistos, anote la fecha en que se aplica cada tipo de gota oftálmica. Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas. Cada formulario de seguimiento debe completarse para un ciclo de infusión.

Complete la fecha para cada día. Recuerde comenzar con las gotas con corticoesteroides el día anterior al inicio de cada ciclo de infusión. Esta es la fecha de su infusión. Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Ciclo de infusión n.º: —	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas con corticoesteroides	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.										
Gotas oftálmicas lubricantes		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CÓMO USAR LA PÁGINA DE NOTAS

Junto con el registro, se proporciona una página de notas para ayudar a asentar cualquier información de las citas médicas, así como cualquier cuestión que desee recordar, para que hable con sus médicos sobre su experiencia con el tratamiento.

Utilice esta sección para hacer un seguimiento de las próximas citas con su oftalmólogo.

Use esta sección para anotar cualquier problema ocular que pueda experimentar y cualquier otra nota que desee compartir con sus médicos.

Recordatorio de las próximas visitas/citas

Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.									
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.										

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

REGISTRO DE LAS GOTAS OFTÁLMICAS

Marque cada círculo con una **X** una vez que se apliquen las gotas.

Fecha de la infusión: _____

Ciclo de infusión n.º: _	Día anterior a la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas con corticoesteroides	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: La dosificación recomendada cambia a 4 veces al día en el día 5 del ciclo de infusión.								
Gotas oftálmicas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Para los días 9 a 21 , administre las gotas oftálmicas lubricantes según sea necesario.									

NOTAS

Recordatorio de las próximas visitas/citas



Fecha(s): _____

Notas para analizar con mis médicos:

abbvie