

immun·gen

HOJA DE CONTROL

DE LAS GOTAS OCULARES



EL CUIDADO DE SUS OJOS FORMA PARTE IMPORTANTE DE SU TRATAMIENTO. ESTE FOLLETO LA AYUDARÁ A LLEVAR UN CONTROL DE CUÁNDO DEBE APLICARSE LAS GOTAS OCULARES Y A ACORDARSE DE ADMINISTRÁRSELAS SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.

TIPOS DE GOTAS OCULARES

Antes de recibir el tratamiento y a intervalos periódicos durante el mismo, su médico la referirá a un oftalmólogo u optometrista (el médico de los ojos).



Le recetarán 2 tipos de gotas oculares para que las use antes del tratamiento y durante el mismo:

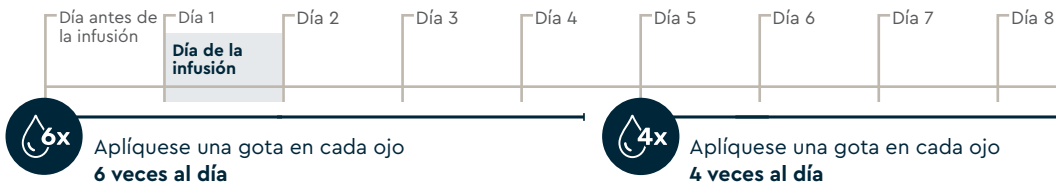
- Gotas oculares de corticosteroide, que requieren receta despachada por un farmacéutico
- Gotas oculares lubricantes y sin conservante, de venta libre

ESQUEMA RECOMENDADO DE GOTAS OCULARES

Gotas oculares de corticosteroide

Se recomienda el uso de gotas oculares de corticosteroide durante todo el ciclo de infusión.

Esquema de gotas oculares de corticosteroide para cada ciclo de infusión (cada 3 semanas)



Gotas oculares lubricantes

Durante el tratamiento se recomienda además la administración de gotas oculares lubricantes (sin conservante) a demanda y al menos cuatro veces al día. Antes de aplicarse las gotas oculares lubricantes, **espere al menos 10 minutos desde la aplicación de las gotas oculares de corticosteroide**

RECORDATORIOS



Usted deberá usar las gotas oculares tal como se lo indique su médico



No use lentes de contacto durante el tratamiento, salvo que el médico le diga que puede.



Informe a su médico si presenta durante el tratamiento algún problema ocular, como por ejemplo visión borrosa, ojos secos, sensibilidad a la luz, dolor ocular o aparición o agravamiento de alteraciones de la visión



En los kits de bienvenida y de inicio del tratamiento se incluye un suministro de gotas oculares lubricantes para 2 meses

CÓMO USAR LA HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

Escriba en los espacios pertinentes la fecha en que se aplique cada tipo de gotas oculares.

Marque cada círculo con una **X** una vez que se haya aplicado las gotas. Cada hoja del control está pensada para usarse durante un ciclo de infusión.

Llene la fecha de cada día.

Recuerde comenzar con las gotas de corticosteroide el día antes de comenzar cada ciclo de infusión.

Esta es la fecha de su infusión.

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

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas de corticosteroide	<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 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"/>
Recordatorio: El día 5 del ciclo de infusión se recomienda pasar a 4 aplicaciones diarias									
Gotas 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 type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CÓMO USAR LA HOJA DE ANOTACIONES

Junto con la hoja de control se brinda una hoja de anotaciones donde apuntar cualquier dato sobre las citas médicas u otras cosas que desee recordar relativas a las experiencias con el tratamiento para comentarlas con los médicos.

Anote en este apartado sus próximas citas con el médico de los ojos.

Apunte en este apartado cualquier problema ocular que tenga y cualquier otra cosa que quiera decirle a sus médicos.




















Recordatorio de próximas consultas/citas

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										
Entre los días 9 y 21 , aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.										

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas
































Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas de corticosteroide									
									
Recordatorio: El día 5 del ciclo de infusión se recomienda pasar a 4 aplicaciones diarias									
Gotas lubricantes		 	 	 	 	 	 	 	 
Entre los días 9 y 21 , aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.									

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas






















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										
Entre los días 9 y 21 , aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.										

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas





















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										

Entre los **días 9 y 21**, aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas





















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										

Entre los **días 9 y 21**, aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas
























Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Fecha									
Gotas de corticosteroide									
									
Recordatorio: El día 5 del ciclo de infusión se recomienda pasar a 4 aplicaciones diarias									
Gotas lubricantes									
Entre los días 9 y 21 , aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.									

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas





















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										

Entre los **días 9 y 21**, aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas



Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
	Recordatorio: El día 5 del ciclo de infusión se recomienda pasar a 4 aplicaciones diarias									
Gotas lubricantes		○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	
Entre los días 9 y 21 , aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.										

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas





















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										

Entre los **días 9 y 21**, aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas





















Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

HOJA DE CONTROL DE LAS GOTAS OCULARES

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

Fecha de la infusión: _____

N.º de ciclo de infusión: _____	Día antes de la infusión	Día de la infusión Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	
Fecha										
Gotas de corticosteroide										
Gotas lubricantes										

Entre los **días 9 y 21**, aplíquese las gotas oculares lubricantes cuando lo necesite.

NOTAS

Recordatorio de próximas consultas/citas



Fecha(s): _____

Cosas que comentar con mis médicos:

immun·gen

© 2023 ImmunoGen, Inc., Todos los derechos reservados. ImmunoGen y los logotipos de ImmunoGen son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de ImmunoGen, Inc. US-UNB-2300047 10/2023