

# VIGABATRIN / CARTE PATIENT

**Si vous pensez que vous avez un problème de vision, vous devez immédiatement en avertir votre médecin.**

Nom du patient

**Sabril® (vigabatrin) fait partie de votre traitement.**

**Cette carte vous a été donnée par votre médecin traitant**

Nom / Cachet :

**afin de noter les dates de vos examens du champ visuel. Ils doivent être réalisés avant le début du traitement par vigabatrin puis au minimum tous les 6 mois pendant toute la durée de votre traitement.**

<b>Examen du champ visuel à faire en</b> <b>Mois / Année</b> (à remplir par le prescripteur)	<b>Rendez-vous avec l'ophtalmologiste</b> <b>Date / Heure</b> (à remplir par le patient, le proche ou l'infirmière)	<b>Examen du champ visuel</b> (à remplir par l'ophtalmologiste ou l'infirmière)	
		<b>Le (Date)</b> <b>A (Hôpital / Centre médical)</b>	<b>Par (Nom / Cachet)</b>

**MERCI DE BIEN VOULOIR PRENDRE AVEC VOUS CETTE CARTE LORS DE CHAQUE CONSULTATION CHEZ VOTRE MEDECIN PRESCRIPTEUR ET CHEZ VOTRE OPHTALMOLOGISTE**