**OUTIL DE PLANIFICATION POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE PATIENT** | | | | | | | | | | | |
| **Numéro du patient :**  **Âge :** | | | | **Centre de soins :**  **Sexe :** | | | | | | | |
| **SCHÉMA D'ARV** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **Date de commencement : JJ/MM/AAAA**  **JJ/MM/AAAA** | | | | | | | |
| **RÉSULTATS DE LA CHARGE VIRALE** | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/ml** | | | | **Date : JJ/MM/AAAA** | | | | | | | |
| **1ère SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE** | | | | | | | | | | | |
| **Date :**  **JJ/MM/AAAA**  **Observance** *(voir la légende pour connaître les codes) :*   * Bonne * Assez bonne * Médiocre   Vous est-il arrivé de ne pas venir récupérer vos médicaments à la pharmacie ?  □ O □ N | **Obstacles :**   * Oubli * Connaissances/croyances * Effets indésirables * Maladie physique * Consommation de substances * Dépression * Nombre de comprimés à prendre * Perte/épuisement des réserves de comprimés * Transport | | * Comportement de l'enfant/refus * Horaires * Crainte de l'annonce * Famille/partenaire * Insécurité alimentaire * Rupture des stocks de médicaments * Longue attente * Stigmatisation * Autre \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Interventions :**  *Services*   * Éducation * Conseils (ind.) * Conseils (groupe) * Soutien par les pairs * Partenaire de traitement ou « buddy » * Période prolongée de remise des médicaments * Groupe communautaire TAR * Traitement directement observé | | *Outils*   * Pilulier * Calendrier * Calendrier à récompenses (pédiatrie) * Consignes pour avaler les comprimés d'ARV * Consignes de soins écrites * Appels téléphoniques * SMS * Alarmes * Autre \_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Orientations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Date de suivi : JJ/MM/AAAA** | | | | | |
| **Commentaires** (décrivez les obstacles et les interventions planifiées) : | | | | |  | | | | | | |
| **Signature du prestataire de soins :** | | | | |  | | | | | | |
| **2e SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE** *(à compléter tous les mois jusqu'à obtenir une bonne observance)* | | | | | | | | | | | |
| **Date :**  **JJ/MM/AAAA**  **Observance** *(voir la légende pour connaître les codes) :*   * Bonne * Assez bonne * Médiocre   Vous est-il arrivé de ne pas venir récupérer vos médicaments à la pharmacie ?  □ O □ N | **Obstacles :**   * Oubli * Connaissances/croyances * Effets indésirables * Maladie physique * Consommation de substances * Dépression * Nombre de comprimés à prendre * Perte/épuisement des réserves de comprimés   Transport | | * Comportement de l'enfant/refus * Horaires * Crainte de l'annonce * Famille/partenaire * Insécurité alimentaire * Rupture des stocks de médicaments * Longue attente * Stigmatisation * Autre \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Interventions :**  *Services*   * Éducation * Conseils (ind.) * Conseils (groupe) * Soutien par les pairs * Partenaire de traitement ou « buddy » * Période prolongée de remise des médicaments * Groupe communautaire TAR * Traitement directement observé | | | *Outils*   * Pilulier * Calendrier * Calendrier à récompenses (pédiatrie) * Consignes pour avaler les comprimés d'ARV * Consignes de soins écrites * Appels téléphoniques * SMS * Alarmes * Autre \_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Orientations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | **Date de suivi : JJ/MM/AAAA** | | | | |
| **Commentaires** (précisez si les interventions ont été efficaces ; décrivez les nouveaux obstacles et les nouvelles interventions planifiées) : | | | | | | | | | | | |
| **Signature du prestataire de soins :** | | | | |  | | | | | | |
| **3e SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE** *(à compléter tous les mois jusqu'à obtenir une bonne observance ; au besoin, ajouter d'autres feuilles)* | | | | | | | | | | | |
| **Date :**  **JJ/MM/AAAA**  **Observance**  *(voir la légende pour connaître les codes) :*   * Bonne * Assez bonne * Médiocre   Vous est-il arrivé de ne pas venir récupérer vos médicaments à la pharmacie ?  □ O □ N | **Obstacles :**   * Oubli * Connaissances/croyances * Effets indésirables * Maladie physique * Consommation de substances * Dépression * Nombre de comprimés à prendre * Perte/épuisement des réserves de comprimés * Transport | * Comportement de l'enfant/refus * Horaires * Crainte de l'annonce * Famille/partenaire * Insécurité alimentaire * Rupture des stocks de médicaments * Longue attente * Stigmatisation * Autre \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | **Interventions :**  *Services*   * Éducation * Conseils (ind.) * Conseils (groupe) * Soutien par les pairs * Partenaire de traitement ou « buddy » * Période prolongée de remise des médicaments * Groupe communautaire TAR * Traitement directement observé | | *Outils*   * Pilulier * Calendrier * Calendrier à récompenses (pédiatrie) * Consignes pour avaler les comprimés d'ARV * Consignes de soins écrites * Appels téléphoniques * SMS * Alarmes * Autre \_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Orientations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | **Date de suivi : JJ/MM/AAAA** (si l'observance est bonne, il serait souhaitable de garder contact avec le patient entre la 3e séance et la date de répétition des tests de la charge virale ; si l'observance n'est pas encore bonne, fixer une date pour la prochaine séance d'observance) | | | | |
| **Commentaires** (précisez si les interventions ont été efficaces ; décrivez les nouveaux obstacles et les nouvelles interventions planifiées) : | | | | | | | | | | | |
| **Signature du prestataire de soins :** | | | | |  | | | | | | |
| **RÉPÉTER LE TEST DE LA CHARGE VIRALE** *(à réaliser entre 3 et 6 mois APRÈS avoir obtenu une bonne observance)* | | | | | | | | | | | |
| **Résultat de la répétition du test de la charge virale :**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/ml** | | | | | **Date : JJ/MM/AAAA** | | | | | | |
| **Plan :**   * **Conserver le schéma thérapeutique actuel** * **Passer à un schéma thérapeutique de deuxième intention** * **Consulter un médecin pour bénéficier d'une prise en charge supplémentaire** * **Prolonger les séances d'observance** * **Répéter le test de la charge virale dans les 3 mois** | | | | | **Date :**  **JJ/MM/AAAA**  **JJ/MM/AAAA**  **JJ/MM/AAAA**  **JJ/MM/AAAA**  **JJ/MM/AAAA** | | | | | | |
| **Commentaires :** | | | | |  | | | | | | |
| **Signature du prestataire de soins :** | | | | |  | | | | | | |