**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 :** |  |