

## OUTIL DE PLANIFICATION POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE

INFORMATIONS SUR LE PATIENT																																								
Numéro du patient :	Centre de soins :																																							
Âge :	Sexe :																																							
SCHÉMA D'ARV																																								
_____	Date de commencement : JJ/MM/AAAA																																							
_____	JJ/MM/AAAA																																							
RÉSULTATS DE LA CHARGE VIRALE																																								
_____ c/ml	Date : JJ/MM/AAAA																																							
1 <sup>ère</sup> SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE																																								
<p>Date : JJ/MM/AAAA</p> <p><b>Observance</b> (voir la légende pour connaître les codes) :</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne</p> <p><input type="checkbox"/> Assez bonne</p> <p><input type="checkbox"/> Médiocre</p> <p>Vous est-il arrivé de ne pas venir récupérer vos médicaments à la pharmacie ?</p> <p><input type="checkbox"/> O    <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Obstacles :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Oubli</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Comportement de l'enfant/refus</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Connaissances/croyances</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Horaires</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Effets indésirables</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Crainte de l'annonce</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Maladie physique</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Famille/partenaire</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Consommation de substances</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dépression</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Rupture des stocks de médicaments</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nombre de comprimés à prendre</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Longue attente</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Perte/épuisement des réserves de comprimés</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Stigmatisation</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Transport</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autre _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Oubli	<input type="checkbox"/> Comportement de l'enfant/refus	<input type="checkbox"/> Connaissances/croyances	<input type="checkbox"/> Horaires	<input type="checkbox"/> Effets indésirables	<input type="checkbox"/> Crainte de l'annonce	<input type="checkbox"/> Maladie physique	<input type="checkbox"/> Famille/partenaire	<input type="checkbox"/> Consommation de substances	<input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Rupture des stocks de médicaments	<input type="checkbox"/> Nombre de comprimés à prendre	<input type="checkbox"/> Longue attente	<input type="checkbox"/> Perte/épuisement des réserves de comprimés	<input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Autre _____	<p><b>Interventions :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><u>Services</u></td> <td style="width: 50%; border: none;"><u>Outils</u></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Éducation</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pilulier</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Conseils (ind.)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Calendrier</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Conseils (groupe)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Calendrier à récompenses (pédiatrie)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Soutien par les pairs</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Consignes pour avaler les comprimés d'ARV</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Partenaire de traitement ou « buddy »</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Consignes de soins écrites</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Période prolongée de remise des médicaments</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Appels téléphoniques</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Groupe communautaire TAR</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SMS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Traitement directement observé</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Alarmes</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autre _____</td> </tr> </table>	<u>Services</u>	<u>Outils</u>	<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Pilulier	<input type="checkbox"/> Conseils (ind.)	<input type="checkbox"/> Calendrier	<input type="checkbox"/> Conseils (groupe)	<input type="checkbox"/> Calendrier à récompenses (pédiatrie)	<input type="checkbox"/> Soutien par les pairs	<input type="checkbox"/> Consignes pour avaler les comprimés d'ARV	<input type="checkbox"/> Partenaire de traitement ou « buddy »	<input type="checkbox"/> Consignes de soins écrites	<input type="checkbox"/> Période prolongée de remise des médicaments	<input type="checkbox"/> Appels téléphoniques	<input type="checkbox"/> Groupe communautaire TAR	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> Traitement directement observé	<input type="checkbox"/> Alarmes		<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Oubli	<input type="checkbox"/> Comportement de l'enfant/refus																																							
<input type="checkbox"/> Connaissances/croyances	<input type="checkbox"/> Horaires																																							
<input type="checkbox"/> Effets indésirables	<input type="checkbox"/> Crainte de l'annonce																																							
<input type="checkbox"/> Maladie physique	<input type="checkbox"/> Famille/partenaire																																							
<input type="checkbox"/> Consommation de substances	<input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire																																							
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Rupture des stocks de médicaments																																							
<input type="checkbox"/> Nombre de comprimés à prendre	<input type="checkbox"/> Longue attente																																							
<input type="checkbox"/> Perte/épuisement des réserves de comprimés	<input type="checkbox"/> Stigmatisation																																							
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Autre _____																																							
<u>Services</u>	<u>Outils</u>																																							
<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Pilulier																																							
<input type="checkbox"/> Conseils (ind.)	<input type="checkbox"/> Calendrier																																							
<input type="checkbox"/> Conseils (groupe)	<input type="checkbox"/> Calendrier à récompenses (pédiatrie)																																							
<input type="checkbox"/> Soutien par les pairs	<input type="checkbox"/> Consignes pour avaler les comprimés d'ARV																																							
<input type="checkbox"/> Partenaire de traitement ou « buddy »	<input type="checkbox"/> Consignes de soins écrites																																							
<input type="checkbox"/> Période prolongée de remise des médicaments	<input type="checkbox"/> Appels téléphoniques																																							
<input type="checkbox"/> Groupe communautaire TAR	<input type="checkbox"/> SMS																																							
<input type="checkbox"/> Traitement directement observé	<input type="checkbox"/> Alarmes																																							
	<input type="checkbox"/> Autre _____																																							
Orientations : _____	Date de suivi : JJ/MM/AAAA																																							
<p><b>Commentaires</b> (décrivez les obstacles et les interventions planifiées) :</p>																																								
<p>Signature du prestataire de soins :</p>																																								
<p><b>2<sup>e</sup> SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE</b> (à compléter tous les mois jusqu'à obtenir une bonne observance)</p>																																								

<p><b>Date :</b> <u>JJ/MM/AAAA</u></p> <p><b>Observance</b> (voir la légende pour connaître les codes) :</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Médiocre</p> <p>Vous est-il arrivé de ne pas venir récupérer vos médicaments à la pharmacie ? <input type="checkbox"/> O    <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Obstacles :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oubli <input type="checkbox"/> Connaissances/croyances <input type="checkbox"/> Effets indésirables <input type="checkbox"/> Maladie physique <input type="checkbox"/> Consommation de substances <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Nombre de comprimés à prendre <input type="checkbox"/> Perte/épuisement des réserves de comprimés <input type="checkbox"/> Transport</p> <p><input type="checkbox"/> Comportement de l'enfant/refus <input type="checkbox"/> Horaires <input type="checkbox"/> Crainte de l'annonce <input type="checkbox"/> Famille/partenaire <input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire <input type="checkbox"/> Rupture des stocks de médicaments <input type="checkbox"/> Longue attente <input type="checkbox"/> Stigmatisation <input type="checkbox"/> Autre _____</p>	<p><b>Interventions :</b></p> <p><u>Services</u></p> <p><input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Conseils (ind.) <input type="checkbox"/> Conseils (groupe) <input type="checkbox"/> Soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Partenaire de traitement ou « buddy » <input type="checkbox"/> Période prolongée de remise des médicaments <input type="checkbox"/> Groupe communautaire TAR <input type="checkbox"/> Traitement directement observé</p> <p><u>Outils</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pilulier <input type="checkbox"/> Calendrier à récompenses (pédiatrie) <input type="checkbox"/> Consignes pour avaler les comprimés d'ARV <input type="checkbox"/> Consignes de soins écrites <input type="checkbox"/> Appels téléphoniques <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Alarmes <input type="checkbox"/> Autre _____</p>
---	--	---

**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 :**

**3<sup>e</sup> SÉANCE POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE** (à compléter tous les mois jusqu'à obtenir une bonne observance ; au besoin, ajouter d'autres feuilles)

<p><b>Date :</b> <u>JJ/MM/AAAA</u></p> <p><b>Observance</b> (voir la légende pour connaître les codes) :</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Médiocre</p>	<p><b>Obstacles :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oubli <input type="checkbox"/> Connaissances/croyances <input type="checkbox"/> Effets indésirables <input type="checkbox"/> Maladie physique <input type="checkbox"/> Consommation de substances</p> <p><input type="checkbox"/> Comportement de l'enfant/refus <input type="checkbox"/> Horaires <input type="checkbox"/> Crainte de l'annonce <input type="checkbox"/> Famille/partenaire <input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire <input type="checkbox"/> Rupture des stocks de médicaments <input type="checkbox"/> Longue attente <input type="checkbox"/> Stigmatisation</p>	<p><b>Interventions :</b></p> <p><u>Services</u></p> <p><input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Conseils (ind.) <input type="checkbox"/> Conseils (groupe) <input type="checkbox"/> Soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Partenaire de traitement</p> <p><u>Outils</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pilulier <input type="checkbox"/> Calendrier à récompenses (pédiatrie) <input type="checkbox"/> Consignes pour avaler les comprimés d'ARV</p>
---	---	--

