

Questionnaire sur les médicaments anti-VIH : HIVMQ

Ce questionnaire porte sur votre médicament anti-VIH et votre expérience de celui-ci au cours des dernières semaines.

Le personnel infirmier insérera le nom de chaque médicament et la dose qui vous ont été prescrits par les médecins qui traitent votre VIH.

Pour chaque médicament mentionné ci-dessous, veuillez indiquer dans les cadres prévus :

Partie a) Si vous prenez ou non ce médicament.
Si vous ne prenez pas le médicament, veuillez ne pas répondre aux questions (b) à (f) et passer au médicament indiqué dans le cadre suivant.

Partie b) La fréquence à laquelle vous devez prendre ce médicament.
Si vous devez changer le nombre de prises journalières du médicament, veuillez indiquer le nombre de prises le plus habituel.

Partie c) Le moment auquel vous devez prendre le médicament (veuillez écrire en LETTRES MAJUSCULES).

Parties d) à f) : Veuillez entourer un chiffre de 0 (jamais) à 6 (tout le temps).

Si vous prenez un autre médicament anti-VIH, veuillez indiquer le nom de ce médicament dans l'un des cadres supplémentaires prévus et remplir les parties a) à f) comme ci-dessus.

suite à la page suivante...

Nom du médicament n° 1 :	Dose prescrite
inséré par le personnel infirmier <input type="checkbox"/> ou le/la patient(e) <input type="checkbox"/>	
<p>1a) Prenez-vous ce médicament ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si la réponse est « Non », passez au cadre 2 ci-dessous.</p> <p>1b) À quelle fréquence devez-vous prendre cette dose ? par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>1c) À quel moment devez-vous prendre ce médicament ? (par ex. le matin, au petit-déjeuner, avant de manger, à n'importe quelle heure) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1d) À quelle fréquence avez-vous pris ce médicament exactement comme recommandé ? jamais 0 1 2 3 4 5 6 tout le temps</p> <p>1e) À quelle fréquence vous semble-t-il difficile ou peu pratique de prendre ce médicament comme recommandé ? jamais 0 1 2 3 4 5 6 tout le temps</p> <p>1f) Quel degré de douleur et/ou de gêne avez-vous ressenti à cause de ce médicament ? aucune 0 1 2 3 4 5 6 très intense</p>	

For information only