

# Questionnaire portant sur les médicaments pour le traitement du VIH: HIVMQ

Ce questionnaire porte sur votre médicament anti-VIH et votre expérience avec ce médicament au cours des dernières semaines.

L'infirmière va écrire les noms de chaque différent médicament/dose qui vous est prescrit par les médecins traitants votre VIH.

Pour chaque différent médicament énuméré ci-dessous, veuillez indiquer dans les cases prévues :

- Partie a) Si vous prenez ce médicament ou non.  
Si vous ne prenez pas le médicament du tout, veuillez sauter les questions (b) à (f) et passer au médicament énuméré dans la case suivante.
- Partie b) À quelle fréquence êtes-vous censé(e) prendre ce médicament.  
Si vous devez modifier le nombre de fois que vous le prenez par jour, veuillez indiquer le nombre de fois le plus habituel.
- Partie c) Lorsque le médicament est censé être pris (veuillez utiliser des LETTRES MAJUSCULES)
- Parties d) à f): Veuillez encercler un nombre entre 0 (aucune fois) et 6 (tout le temps).

Si vous prenez un (des) médicament(s) supplémentaire(s) pour le VIH, veuillez écrire le nom des médicaments dans une des cases supplémentaires fournies et remplir les parties a) à f) comme il est indiqué ci-dessus.

*suite à la page suivante ...*

**This copy is for information only - for use, please contact Professor Bradley**

Nom du médicament # 1: énuméré par l'infirmière <input type="checkbox"/> ou le patient <input type="checkbox"/>	Dose prescrite
<p>1a) Est-ce que vous prenez ce médicament?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si <b>non</b>, passez à la case 2 ci-dessous.</p> <p>1b) À quelle fréquence êtes-vous censé(e) 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) Quand êtes-vous censé(e) prendre ce médicament ? (par exemple, le matin, avec le déjeuner, avant de manger, n'importe quand)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1d) À quelle fréquence avez-vous pris ce médicament exactement tel que recommandé ?  aucune fois    0    1    2    3    4    5    6    tout le temps</p> <p>1e) À quelle fréquence trouvez-vous inconfortable ou difficile de prendre ce médicament tel que recommandé ?  aucune fois    0    1    2    3    4    5    6    tout le temps</p> <p>1f) Combien de douleur/d'inconfort avez-vous éprouvé avec ce médicament?  aucun            0    1    2    3    4    5    6    énormément</p>	

For information only