

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

No. de code national de patient Établissement

No. de patient attribué par le site Code de l'établissement

Date de visite / / JJ/MM/AA

FICHE DE VISITE À DOMICILE: ADULTE VIH+

INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

Nom Prénom Sexe ☐ F ☐ H

Date de naissance / / JJ/MM/AA Si jour ou mois sont inconnus, utilisez XX.

Si date inconnue, âge en années

Prénom de la mère

BUT DE LA VISITE

☐ Routine ☐ Patient malade ☐ Autre, préciser:

☐ Thérapie sous observation directe (TOD) ☐ Rendez-vous à la clinique manqué

SUIVI DES SOINS

Observation faite lors de la visite à domicile ☐ Patient présent ☐ Accompagnateur présent

☐ Patient absent (fixer autre RDV) ☐ Accompagnateur absent

Support de l'accompagnateur au cours du mois précédent:

☐ Quotidien ☐ Quelques fois par semaine ☐ Chaque semaine ☐ Quelques fois par mois ☐ Une fois par mois ☐ Aucun

Est-ce que le patient a manqué une visite à la clinique?

☐ Non ☐ Oui Date de la visite manquée / / JJ/MM/AA

Raison:

☐ Coût de transport/transport non disponible ☐ État trop malade ☐ Oubli

☐ Coût des services/médicaments ☐ Recherche de soins alternatifs/médecine traditionnelle ☐ Peur d'être vu dans un site de prise

☐ Personnel soignant/services insatisfaisants ☐ Effets secondaires des médicaments en charge des patients sidatiques

☐ Autres, préciser

Expliquer les raisons des visites manquées et indiquer un plan d'action pour éviter cela dans la section Remarques/Plan d'action.

DESCRIPTION DE LA MALADIE DONT LE PATIENT SOUFFRE ACTUELLEMENT

☐ Douleur abdominale ☐ Fièvre ☐ Autre, préciser:

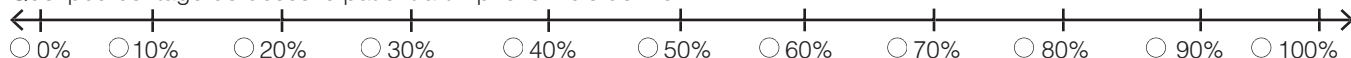
☐ Diarrhée ☐ Nausée ou vomissement

☐ Maux de tête

CONSEILS ADHÉRENCE

Durant les 4 derniers jours, combien de doses du médicament le patient a-t-il manqué? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3

Quel pourcentage de doses le patient a-t-il pris le mois dernier?



Demander au patient une estimation visuelle de la prise de ses médicaments ARV. 0% représente aucune prise de médicaments, 50% représente une prise de médicaments la moitié du temps, et 100% représente une prise parfaite des médicaments.

Indiquer la raison donnée pour avoir manqué toute dose (cocher les cases ci-dessous)

- ☐ Médicament non-disponible à la clinique
- ☐ A oublié
- ☐ Effets secondaires, préciser
- ☐ Emprisonné
- ☐ S'est senti trop malade
- ☐ A terminé tous les médicaments
- ☐ S'est senti bien
- ☐ A perdu les pillules
- ☐ N'a pas voulu
- ☐ Pas à l'aise à prendre les médicaments devant d'autres personnes
- ☐ Difficultés à avaler
- ☐ A voyagé

☐ Manque de nourriture

☐ Autre, préciser:

Effets secondaires	Faible	Modéré	Sévère
Nausée ou vomissement	☐	☐	☐
Diarrhée	☐	☐	☐
Eruption cutanée	☐	☐	☐
Maux de tête	☐	☐	☐
Douleur abdominale	☐	☐	☐
Faiblesse	☐	☐	☐
Parésie/fourmillement	☐	☐	☐
Référer au médecin au médecin tout patient avec des effets secondaires modérés ou sévères.			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

No. de code national de patient Établissement

No. de patient attribué par le site Code de l'établissement

Date de visite // JJ/MM/AA

SERVICES RENDUS

Cochez la ou les cases

- ☐ Counseling/Support psychosocial pour patient ou famille
- ☐ Aide alimentaire
- ☐ Kit pour les soins à domicile

☐ Livraisons des Médicaments

☐ Conseils santé

☐ Autres, préciser:

PLAN DE SUIVI

Prochaine visite médicale à la clinique recommandée dans jours

Date prochaine visite à la clinique // JJ/MM/AA

Prochaine visite à domicile recommandée dans jours

Date prochaine visite à domicile // JJ/MM/AA

DISCONTINUATION

Le patient a-t-il arrêté de prendre ses médicaments ARV?

- ☐ Oui, préciser date d'arrêt // JJ/MM/AA ☐ Non

Le patient a-t-il complètement arrêté sa participation au programme de traitement ARV?

- ☐ Oui Si oui, remplir la Fiche de Discontinuation ☐ Non ☐ Inconnu

Préciser la ou les raisons: ☐ Décès, préciser date // JJ/MM/AA ☐ Patient a déménagé

- ☐ Transfert à une autre institution, préciser: ☐ Préférence du patient

REMARQUES/PLAN D'ACTION

SIGNATURE DE L'AGENT DE SANTÉ: _____