**Outil 3** **Grille à remplir par le patient**

**Fait le : …………… Nom/prénom : ……………….**

**Date de naissance : ………………**

**Vous prenez habituellement des médicaments chez vous à la maison, souhaitez-vous continuer à gérer tout ou partie de vos médicaments tout en étant hospitalisé ?**

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne sais pas

**☞Si oui ou ne sais pas, poursuivre**

**Vos habitudes de vie à domicile**

**Comment gérez-vous les médicaments à domicile ?**

**Question 1** Je prépare moi-même les médicaments que je dois prendre tout seul ?

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne sais pas

Si non, qui vous aide ?

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Question 2** De quelle façon préparez-vous vos médicaments ?

Sélectionner la ou les réponses

Vous utilisez un pilulier[ ]  Pour la journée[ ]  pour la semaine[ ]

Vous vous servez à partir des boîtes ? [ ]

Sans méthode particulière [ ]

**Question 3** Avez-vous des difficultés avec certains médicaments, pour les avaler, compter les gouttes, les couper, etc. ?

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne sais pas

❒Quelqu’un est présent avec vous au moment où vous devez les prendre ?

❒Où rangez-vous vos médicaments à la maison ? (Stock mutualisé, séparé, autre...)

**Vos compétences relatives à vos médicaments**

Pouvez-vous nous dire quel(s) médicament(s) vous prenez, pourquoi vous les prenez, combien de fois par jour, etc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je connais mes médicaments par leur nom  | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| Je sais indiquer la dose de mes médicaments  | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| Je sais dire à quel moment je dois les prendre | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| Je sais dire pourquoi je prends chacun de mes médicaments | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| J’arrive à lire l’ordonnance ou le plan de prise, l’étiquette | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| Je manipule les médicaments sans problème (ex. ouvrir les emballages) ou Je suis capable de demander de l’aide  | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| Je me sens capable de poser une question pour comprendre et me faire comprendre | Oui [ ]  | Non[ ]  |

**Votre adhésion au traitement habituel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Ce matin, j’ai oublié de prendre mes médicaments
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| 1. Depuis la dernière consultation, j’ai été en panne de médicament
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| 1. Il m’est arrivé de prendre mon traitement avec retard par rapport à l’heure habituelle
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| 1. Il m’est arrivé de ne pas prendre mon traitement parce que certains jours ma mémoire me fait défaut
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| 1. Il m’est arrivé de ne pas prendre mon traitement parce que certains jours j’ai l’impression que mon traitement me fait plus de mal que de bien
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |
| 1. Je pense que j’ai trop de comprimés à prendre
 | Oui [ ]  | Non[ ]  |

**Merci d’avoir pris le temps de remplir ce questionnaire**

**Un temps d’échange avec un membre de l’équipe soignante permettra de vous expliquer les résultats obtenus**