

Noms Prénoms  
 Age  
 Pays d'origine  
 Marié .....  
 N° .....

## Fiche de suivi Education Thérapeutique

Date et lieu de la consultation.....  
 Intervenant.....  
 Médecin référent Infectieux : .....prochain RDV.....

**Motif de la consultation :**

Préparation au traitement ARV  Découverte VIH  Bilan annuel HDJ   
 Suivi irrégulier  Mauvaise observance sous ARV  Autre .....  
 Date du diagnostic : .....  
 Date du dernier résultat : .....CD4 : .....CV.....

**Traitement**

.....  
 .....

**Mon ressenti face à différents éléments (auto-évaluation)**

	V <sub>ert</sub>	O <sub>range</sub>	R <sub>ouge</sub>
1. Humeur			
2. Soutien entourage			
3. Logement			
4. Travail (rythme.)			
5. Vécu de la maladie			
6. Vécu du traitement			
7. Accès aux soins			
8. Observance du traitement			
9. Equilibre alimentaire			
10. Pratique d'une activité physique			
11. Autre			
	15	10	5 0

**Mon objectif :** .....

**SYNTHESE** .....

.....Prochain RDV.....  
 Suivi individuel  Nombre de séances ..... Séance collective  Nombre de séances.....  
**Orientation du patient vers :**  Psychologue  Assistante Sociale  La plage (EA2)  .....  
 Diététicienne  Associations .....

Commentaires : .....