

EXERCICE : Evaluation des Besoins Psychosociaux

1. Instructions : Faites des groupes de deux. Une personne joue le rôle du questionneur et l'autre celui du patient. N.B. La personne qui joue le rôle du patient devrait essayer de baser ses réponses sur un cas qu'elle connaît de son centre.

2. Est-ce que le formulaire ci-dessous servira à votre centre ? Modifiez-le et adaptez-le afin de le préparer à s'utiliser à votre centre.

TMEPlus Evaluation des besoins Psychosociaux

Nom du Patient:	I.D :
------------------------	--------------

Date de 1ere Interview:	Date
--------------------------------	-------------

Situation Familiale et Sources de Soutien	
1	 Qui habite avec vous ?
1	 Combien d'enfants avez vous et quel âge ont-ils?
1	 Vivez vous avec un partenaire? Depuis combien de temps vivez vous ensemble?
1	 Avez vous d'autres parents ? Ou vivent-ils?
1	 Voyez-vous/parlez-vous aux autres membres de la famille en dehors de la maisonnée?
1	 De qui vous sentez vous le plus proche dans votre maisonnée? Dans votre famille? En dehors de votre famille?
1	Avez-vous révélé votre statut à quelqu'un ?Qui ?
1	 Sur qui vous appuyez vous pour soutien affectif?
1	 Avez vous cherché un soutien ailleurs? (exemples: soutien religieu personne/organisation, autre organisations communautaires) Vous ont-ils aidé? Si non, pourquoi?
1	 Comment avez vous pu entretenir les besoins de la famille et vos propres besoins (exemples: logement, nourriture)?

1 ✍ ✍ Avez-vous des inquiétudes à propos de vos enfants, ou d' autres membres de la famille?

1 ✍ ✍ Qui prend les décisions généralement pour la famille?

1 ✍ ✍ Travaillez vous en dehors de la maison? Quel genre de travail faites-vous?

Notes et Dates:

Santé Mentale - Comment vous en Sortez vous?

1 ✍ ✍ Comment vous sentez ?

1 ✍ ✍ Avez-vous du mal à dormir? Est-ce que la façon dont vous traitez les gens autour de vous affecte votre humeur? Qu'est ce qui vous aiderait à vous sentir mieux?

1 ✍ ✍ buvez vous de l'alcool ? combien de fois par semaine? Est ce que vous ressentez le besoin de boire régulièrement?

1 ✍ ✍ Prenez vous des drogues? Si oui, lesquelles, et combien de fois?

1 ✍ ✍ Comment voyez vous votre futur?

1 ✍ ✍ Pouvez vous vous concentrer sur les tâches que vous avez besoin d'accomplir?

1 ✍ ✍ Vous êtes vous senti(e) anxieu(se) ou tendu(e)? Racontez moi.

1 ✍ ✍ Etes vous dépassé par les obligations familiales ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ?

Notes et Dates:

Capacité d'adhérer au Soin et Traitement

1 ✍ ✍ Qui d'autre voyez-vous pour votre maladie de VIH, en dehors de la clinique de TME-Plus? (pasteur, guérisseurs traditionnels, herbaliste, dentistes, autres?)

1 ✍ ✍ Avez vous des difficultés à venir à cette clinique ? (Enfant(s), cout du transport, long chemin, peur que quelqu'un vous voit, pense que ce n'est pas important, autre?)

1 ✍ ✍ Qu'est-ce qui vous facilite pour vos visites ! la clinique ? (j'ai de l'aide quand je dois venir, le prestataire me soutien, ma famille m'aide, pas de problèmes de transport, autre?)

1 ✍ ✍ Comment vous rappelez vous de venir à vos rendez-vous à la clinique?

1 ✍ ✍ Y-a-t-il des dispositions spéciales que vous devez faire au travail ou à la maison lorsque vous venez ici?

1 ✍ ✍ Prenez vous des médicaments? Pouvez vous me dire lesquels et pourquoi?

1 ✍ ✍ Prenez vous des herbes médicinales? Pouvez vous me dire quelles herbes et pourquoi?

1 ✍ ✍ Beaucoup de gens oublient de prendre leur médicaments chaque jour. Quels médicaments avez vous oublié de prendre ces derniers jours? Quand? Pouvez vous me dire ce qui s'est passé?

Notes et Dates: