

DIAGNOSTIC EDUCATIF INDIVIDUEL

**Spécifique Patients
Transplantés**



Dimension Bio-médicale

LA MALADIE :

Pourriez-vous me dire comment vous vous sentez en ce moment, et depuis votre dernière consultation?

.....

.....

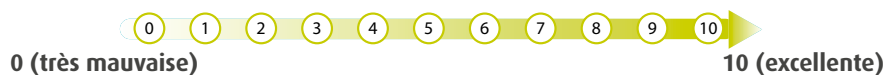
.....

Que pouvez-vous dire de votre fonction respiratoire aujourd'hui ? Sur quoi pouvez-vous dire que votre fonction respiratoire est moins bien, stable ou mieux ?

.....

.....

Le patient se positionne sur l'appréciation de sa fonction respiratoire sur l'échelle de « très mauvaise » (0) à « excellente » (10)



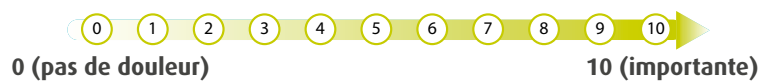
Avez-vous des douleurs? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles? (articulaires, abdominales, etc)...

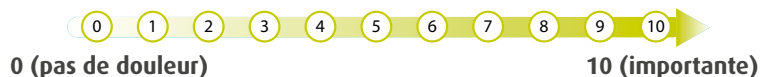
Le patient précise leur nature, puis positionne sur l'échelle leur importance.

Une échelle par type de douleur :

Localisation de la douleur



Localisation de la douleur



.....

.....

.....

.....





Dimension socio-professionnelle

ACTIVITES ET VIE SOCIALE:

Que faites-vous de votre temps libre (loisirs...) ? Comment cela se passe-t-il ?

.....

.....

.....

Pratiquez-vous un sport ? (précisez lequel, nombre d'heures...)

.....

.....

.....

En quoi une activité physique est-elle importante ?

.....

.....

.....

Sorties avec les amis, les collègues....

.....

.....

.....

Vous arrive-t-il de fumer ou d'avoir envie de fumer ?

.....

.....

.....

D'après vous, quels sont les effets et risques du tabagisme passif et actif ?

.....

.....

.....

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ou d'avoir envie d'en consommer ?

.....

.....

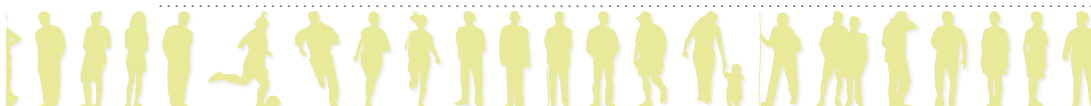
.....

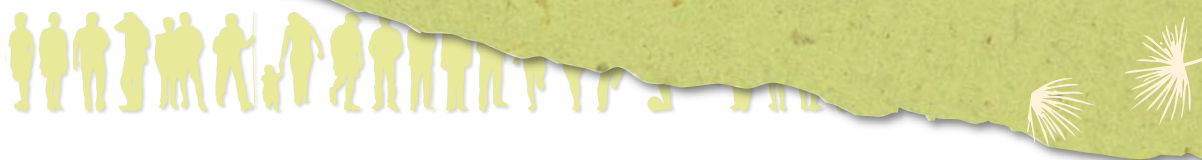
D'après vous, quels sont les effets et risques de consommer de l'alcool ?

.....

.....

.....





SITUATION FAMILIALE :

Comment cela se passe-t-il en ce moment, dans votre vie ?

☐ Seul(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Colocation avec amis ☐ autre

☐ Enfants : (prénom et date de naissance) :

.....

.....

.....

.....

Utilisez-vous un ou des moyens de contraception ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels :

.....

.....

Connaissez-vous le délai à respecter médicalement avant de débiter une grossesse?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, quel délai : (précisez)

.....

.....

.....

LIEU DE VIE :

Êtes-vous ? ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre

Votre logement vous convient-il ? (Étage, m², etc.)

.....

.....

.....

Que souhaitez-vous modifier ou améliorer ?

.....

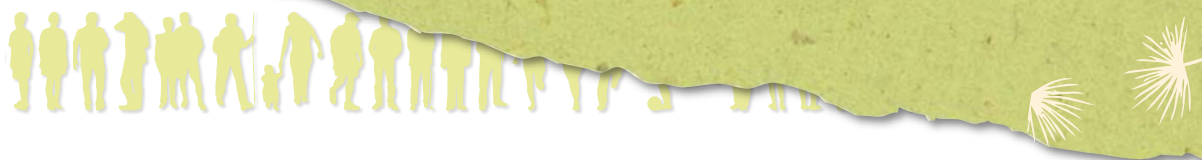
Avez-vous des animaux familiers :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels :

.....





VOS DROITS SOCIAUX :

Avez-vous été informé de vos droits ? Comment ?

.....

.....

Quels types d'allocations percevez-vous ?

☐ Allocation(s) diverse(s) : ☐ statut Invalidité

.....

.....

.....

ACTIVITE ETUDIANTE OU PROFESSIONNELLE :

Comment se passe votre travail ou vos études...?

.....

☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ en activité

☐ En formation ☐ Recherche emploi

Amplitude horaire journalière :

Temps complet :

Temps partiel :

Quel moyen de transport utilisez-vous quotidiennement ?

Durée moyenne de transport par jour :

Distance moyenne entre votre domicile et votre travail :

PROJET

Qu'avez-vous envie d'entreprendre, de réaliser en ce moment ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





Dimension Cognitive

Que savez-vous de la transmission de la mucoviscidose ?

.....

.....

.....

.....

Pour vous, la transplantation, c'est...

.....

.....

.....

.....

.....

Pour vous, quel est l'intérêt d'un suivi médical régulier ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les situations qui vous amènent à contacter votre centre référent ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles peuvent être les complications liées à la transplantation ?

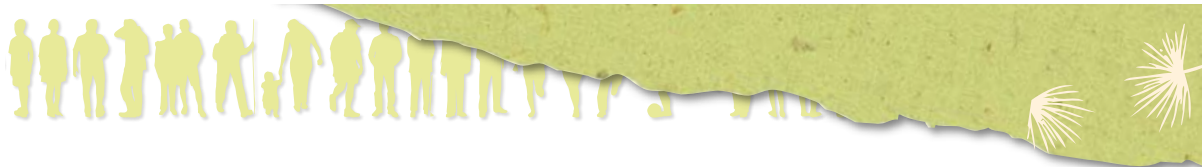
.....

.....

.....

.....





Pour vous le rejet du greffon, c'est...

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

Quels en sont les symptômes, les signes ?

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

Qu'est-ce qui l'induit ?

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

Parmi les actes que le médecin vous demande de réaliser régulièrement dans le cadre de votre suivi, y en-a-t-il certains que vous jugez sans importance, sans intérêt ?

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

Pouvez-vous préciser votre réponse :

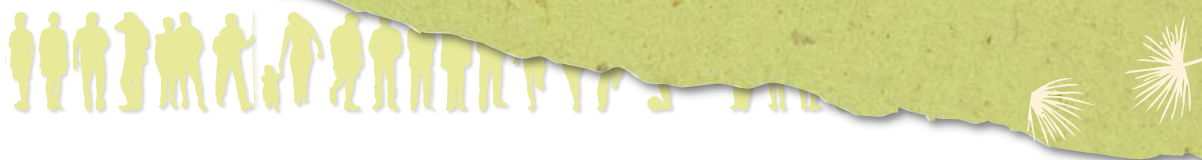
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....





Ne pas détailler les différents médicaments qui seront vus par la suite.





Vécu de La Maladie

Dans votre vie quotidienne, quels sont les éléments plutôt positifs ?

.....

.....

.....

Quels sont les éléments plutôt difficiles ou contraignants ?

.....

.....

.....

Certains patients ont des difficultés avec leur traitement médicamenteux :
qu'en pensez-vous ?

.....

.....

.....

Pour vous, que signifie « bien prendre son traitement » ?

.....

.....

.....

Certains patients font appel à des médecines complémentaires (homéopathie,
acupuncture, ostéopathie, etc) : qu'en pensez-vous ?

.....

.....

.....

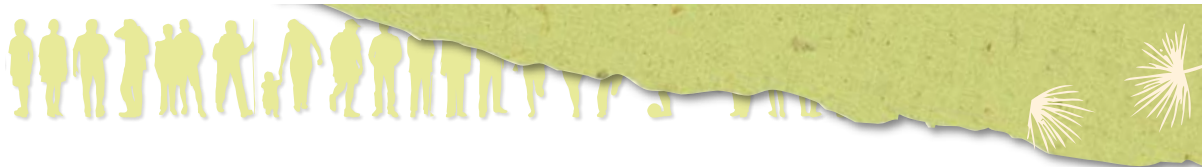
Comment parlez-vous à votre entourage de votre maladie?

.....

.....

.....





Dans quelle mesure estimez- vous pouvoir discuter les décisions prises par l'équipe soignante concernant votre état de santé ?

.....

.....

.....

.....

Quel degré de liberté de décision vous autorisez-vous par rapport aux décisions de l'équipe ?

Le patient se positionne sur l'échelle (de manière globale)



Si vous vous donnez un certain degré de liberté, dans quel domaine le faites-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

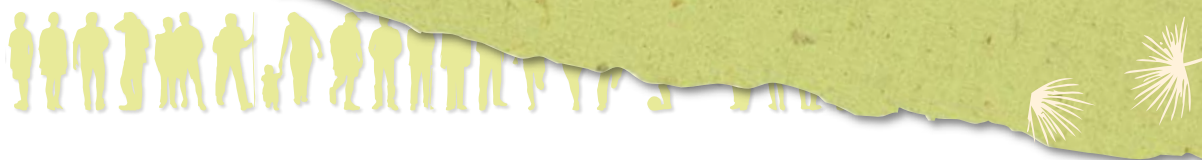
.....

.....

.....

.....

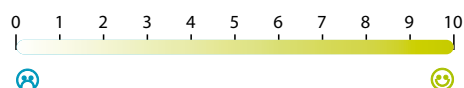
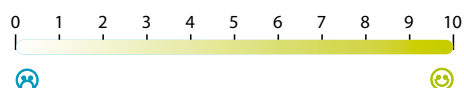
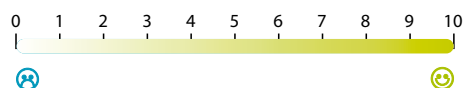
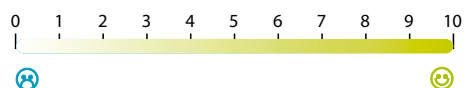
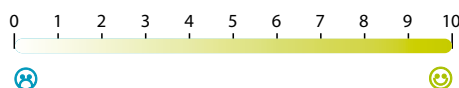




La vie au quotidien

Sur cette page, laissez le patient écrire lui-même

Aujourd'hui, comment vous sentez-vous dans ces différents domaines? Pouvez-vous positionner votre ressenti sur les différentes échelles? Vous êtes libre de ne pas vous positionner sur toutes les échelles.



Source : LABORATOIRE SCHERING PLOUGH: image extraites du document « portfolio apprivoiser », programme d'éducation à destination des personnes vivant avec la polyarthrite rhumatoïde – DR Bertholon, Laboratoire Schering-Plough - JP Jacques, Unité d'éducation pour la santé du service de santé de la jeunesse, Genève, Suisse





Sur cette page, laissez le patient écrire lui-même

IMAGE DE SOI :

Aujourd'hui, qu'elle image avez-vous de vous-même ?

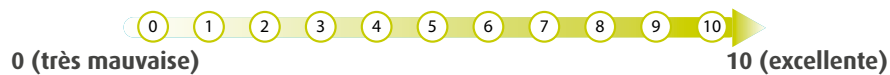
.....

.....

.....



Le patient positionne son ressenti sur l'échelle de "très mauvaise " (0) à "excellente" (10)



Y a-t-il des sujets que vous n'osez pas aborder avec l'équipe?

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

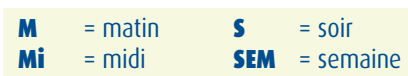
Nota : en cas d'arrêt de l'entretien :

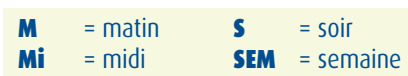
ne pas oublier de faire une synthèse avec le patient.

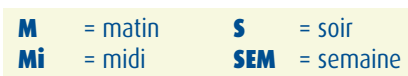


Sur cette page, laissez le patient écrire lui-même

Que pouvez-vous nous en dire ?









M = matin **S** = soir
Mi = midi **SEM** = semaine

Nom posologie	Heures et mode de prise	Rôle	Vous est-il arrivé de ne pas le prendre et pour quelles raisons ?

AUTRES : Sur cette page, laissez le patient écrire lui-même

Vous arrive-t-il parfois de prendre des médicaments non prescrits (automédication)?

Si oui lesquels ?

Dans quelles circonstances ?

.....

.....

.....

Prenez-vous des médicaments prescrits par un autre médecin que votre médecin référent de la transplantation ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....





Prendre tous les jours ses médicaments **est indispensable**

Le soignant cite les médicaments du tableau précédent.

Le patient les place au fur et à mesure sur l'échelle selon la certitude qu'il a du caractère indispensable ou non de chaque médicament.

10 certain(e)

10

0 Pas sûr(e)
du tout

0





Et maintenant

Comment vivez- vous votre traitement ?

.....

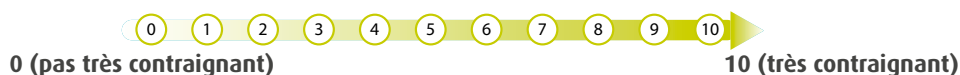
.....

Qu'est-ce qui vous paraît le plus contraignant dans votre traitement ?

.....

.....

Le patient se positionne sur l'échelle de 0 (pas très contraignant) à 10 (très contraignant)



Pensez-vous avoir ou avoir eu des effets indésirables liés à votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :

.....

.....

- A votre avis, à quel(s) traitement(s) sont-ils dus ?

.....

.....

- Que faites-vous ou avez-vous fait lors de cet épisode ?

.....

.....

- Les résultats sont-ils ou ont-ils été positifs ?

.....

.....

Quelles situations vous amènent à changer :

- Les heures de prise de vos médicaments ?

.....

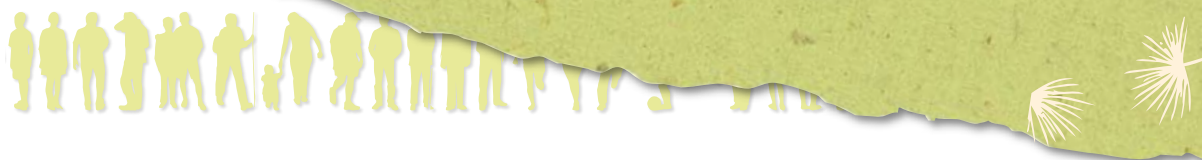
.....

- Les doses par prise ?

.....

.....





Que faites-vous quand vous oubliez une prise médicamenteuse ?

.....
.....

Que faites-vous en cas de vomissements ?

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

Qu'est-ce qui peut perturber l'efficacité du traitement anti-rejet ?

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

Connaissez-vous la zone cible (le taux sanguin du médicament)
de votre traitement anti rejet ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

Quand vous faites des examens sanguins au laboratoire de ville,
que faites-vous de vos résultats ?

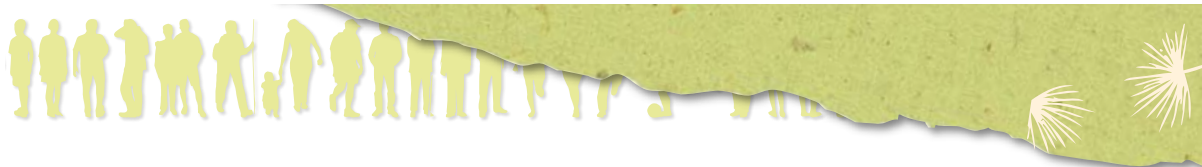
.....
.....
.....

Rencontrez-vous des difficultés pour faire vos examens sanguins en ville ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles :





Quels sont les risques à long terme que vous percevez vis-à-vis des médicaments?

.....

.....

.....

Quelles questions vous posez-vous par rapport aux médicaments génériques ?

.....

.....

.....

Comment gérez-vous les stocks de vos traitements ? Où sont-ils rangés ?

Comment anticipez-vous les renouvellements ? Avez-vous de l'aide pour cela ?

.....

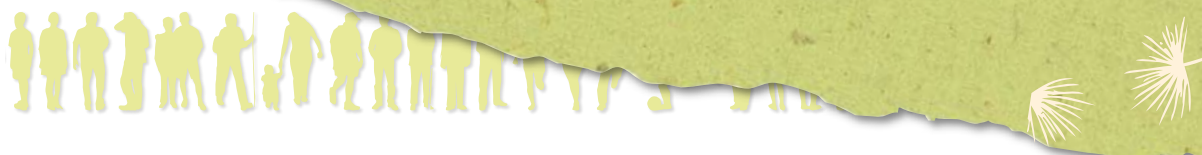
.....

.....

.....

.....





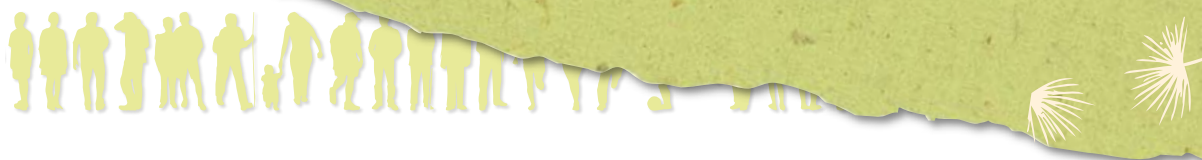
Questionnaire de connaissances

Vrai /Faux

avec degrés de certitude

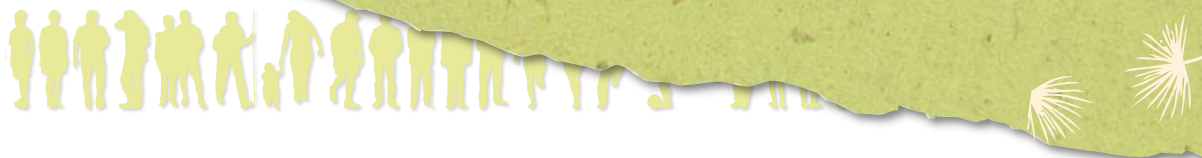
Proposition	Mettre une croix dans la case de votre choix		Mettre une croix dans la case de votre choix				
	Vrai	Faux	Pas sûr	Peu sûr	Moyennement sûr	Assez sûr	Très sûr
1-Dans la mucoviscidose, le pancréas sécrète trop d'enzymes pancréatiques							
2-Si le repas est très riche en graisses, il faut augmenter la quantité d'enzymes pancréatiques							
3-L'hydratation quotidienne est importante							
4-L'adaptation au quotidien des apports en sel est inutile							
5-Une absence prolongée de prise des vitamines entraîne des effets secondaires à long terme							
6-L'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) sert à dépister une intolérance glucidique ou un diabète							
7-Les produits laitiers au lait cru (ex : fromages) sont conseillés chez un patient transplanté							
8-La consommation de pamplemousse modifie l'efficacité du traitement anti rejet							



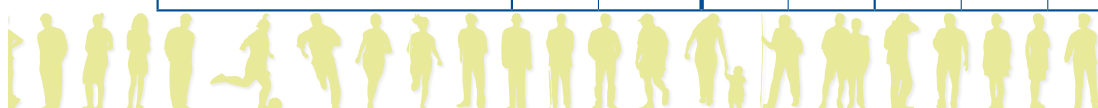


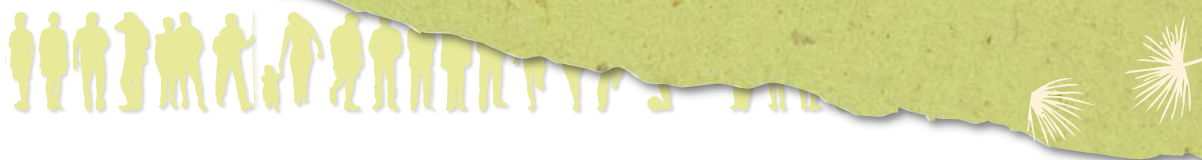
Proposition	Mettre une croix dans la case de votre choix		Mettre une croix dans la case de votre choix				
	Vrai	Faux	Pas sûr	Peu sûr	Moyennement sûr	Assez sûr	Très sûr
9-Laver fruits, légumes et herbes aromatiques, permet de réduire le risque infectieux de listériose et de toxoplasmose chez un patient transplanté							
10-Chez un patient transplanté, la charcuterie à la coupe est fortement déconseillée							
11-Consommer de la viande ou des poissons crus ou peu cuits (tartare, carpaccio, steak bleu..) est conseillée chez un patient transplanté							
12-Un reflux gastro oesophagien peut abîmer le greffon							
13-En cas de modification de l'état respiratoire, un patient transplanté peut se permettre d'attendre avant de consulter							
14-Un suivi régulier au centre de transplantation permet de dépister précocement un rejet de greffon							
15-Le risque d'aspergillose est peu important chez un patient transplanté							
16-Une baisse du VEMS indique un bon état respiratoire							
17-Après la transplantation, il est conseillé de pratiquer un réentraînement à l'effort							





Proposition	Mettre une croix dans la case de votre choix		Mettre une croix dans la case de votre choix				
	Vrai	Faux	Pas sûr	Peu sûr	Moyennement sûr	Assez sûr	Très sûr
18-Le tabac n'a pas d'effet néfaste sur le greffon							
19-Un patient transplanté doit être attentif à l'état de sa peau							
20-En cas d'hypertension artérielle, il faut augmenter ses apports en sel							
21-Les traitements antihypertenseurs peuvent entraîner une faiblesse matinale due à une tension artérielle trop basse							
22-Le dosage sanguin des immunosuppresseurs est nécessaire pour adapter la prescription des immunosuppresseurs							
23-Après plusieurs années de transplantation, les immunosuppresseurs peuvent être arrêtés							
24-Le spermogramme est un examen qui évalue le nombre de spermatozoïdes du sperme							
25-Une femme peut démarrer sans risque une grossesse dans les mois qui suivent sa transplantation							
26-En cas de projet de grossesse il est important d'en discuter avec le médecin référent de la transplantation							
27-Il est aussi important de se protéger des maladies sexuellement transmissibles avant qu'après la transplantation							





Proposition	Mettre une croix dans la case de votre choix		Mettre une croix dans la case de votre choix				
	Vrai	Faux	Pas sûr	Peu sûr	Moyennement sûr	Assez sûr	Très sûr
28-Le droit à Allocation Adulte Handicapé peut être supprimé après la transplantation							
29-Après la transplantation, le mi-temps thérapeutique peut être renouvelé sans limites de temps							
30-Le fait d'être transplanté supprime les droits au statut de travailleur handicapé							





Synthèse du diagnostic éducatif **avec le patient**

Le point de vue du patient

Quels sont les points qui vous ont le plus intéressé, qui vous ont le plus posé question, Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

.....

.....

.....

Qu'est-ce que vous auriez envie de revoir lors de séances éducatives ?
Quels sujets souhaiteriez-vous aborder ?

.....

.....

.....

Le point de vue du soignant

En regard de ce que vient de dire le patient, le soignant donne son avis et fait éventuellement d'autres propositions :

.....

.....

.....

Lors de la prochaine consultation

Que peut-on faire ensemble ?

.....

.....

.....

.....

HEURE DE FIN :



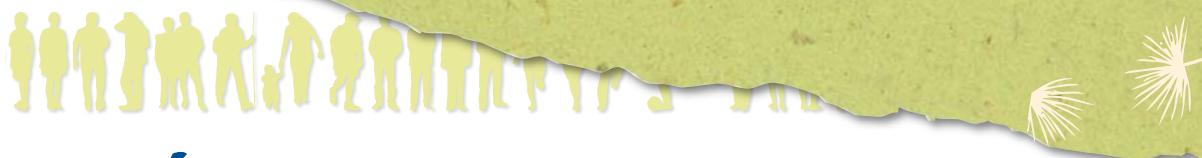


Synthèse de l'équipe soignante en Staff (prévoir 20 à 30 minutes)

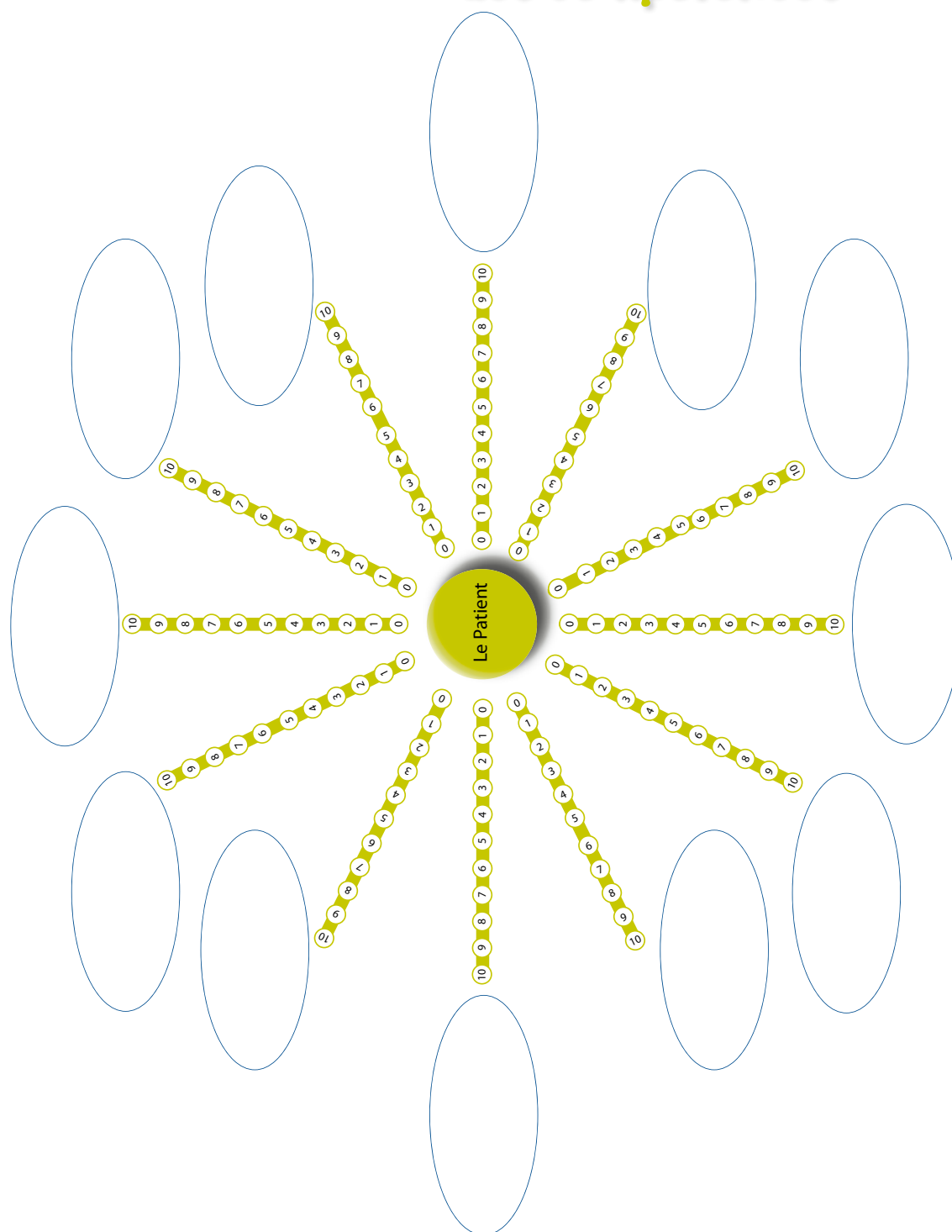
	OBJECTIFS INCONTOURNABLES	Acquis	A revoir
1	Repérer les signes d'alerte d'une modification de l'état respiratoire		
2	Réagir face à des signes d'alerte d'une modification de l'état respiratoire		
3	Etablir une relation entre les résultats des EFR/spirométrie et son état bronchique		
4	Reconnaître dans son environnement les facteurs de risque d'aggravation de l'état respiratoire		
5	Justifier l'intérêt d'un suivi régulier		
6	Expliquer l'importance du suivi biologique		
7	Enoncer le rôle (mode d'action) des médicaments		
8	Connaître ses médicaments		
9	Respecter les conditions de prise des traitements		
10	Réagir par rapport à son traitement, face à un oubli ou face à des vomissements		
11	Décrire le caractère vital du traitement immunosuppresseur (son rôle, sa prise à vie)		
12	Gérer les stocks de médicaments et de matériel		
13	Repérer les aliments à risques		
14	Connaître les risques de reflux gastro - œsophagien sur le greffon		
15	Expliquer l'importance de l'hydratation		
16	Expliquer l'importance de l'adaptation du sel dans son alimentation		
17	Utiliser les moyens de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles		
18	Connaître les risques et les contraintes d'une grossesse pour la mère et pour l'enfant		
19	Reconnaître les effets du tabagisme actif et passif		
20	Réagir face à l'apparition de toute lésion cutanée		
21	Prévenir les risques dermatologiques et infectieux liés à l'immunosuppression (soleil)		
22	Adapter les doses d'insuline en fonction de son activité physique, de ses glycémies et de son alimentation		
23	Corriger une hypoglycémie		
24	Expliquer le rôle de l'insuline sur la glycémie		
	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PATIENT		

NB : écrire dans les bulles de l'étoile page suivante, les objectifs incontournables (à revoir) et les objectifs spécifiques du patient.





Évaluation des compétences

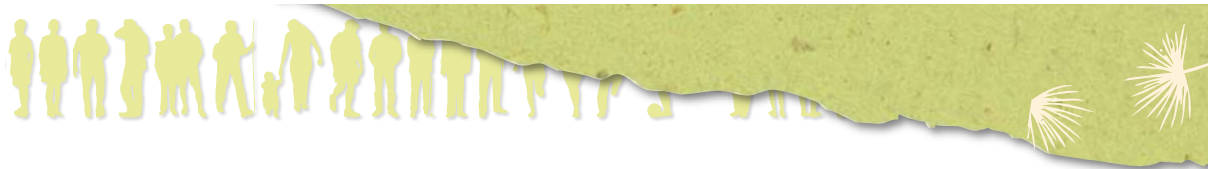


Positionner entre 0 "pas du tout d'accord" et 10 "tout à fait d'accord"

« Je me sens à l'aise pour... »



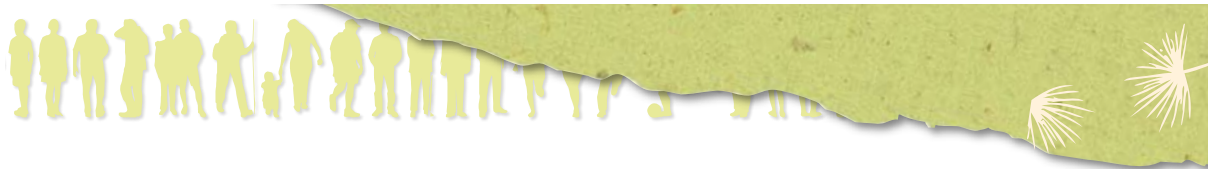




NOTES COMPLÉMENTAIRES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page below the title.

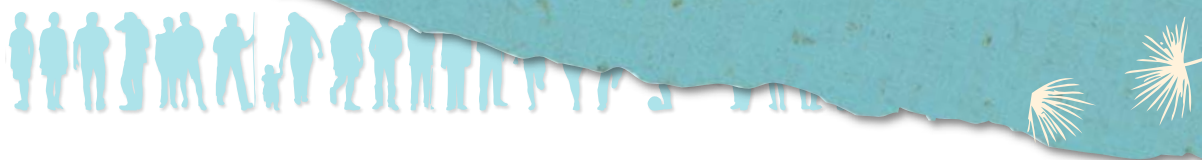




NOTES COMPLÉMENTAIRES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.





Séance d'éducation Thérapeutique

Les situations d'urgences

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

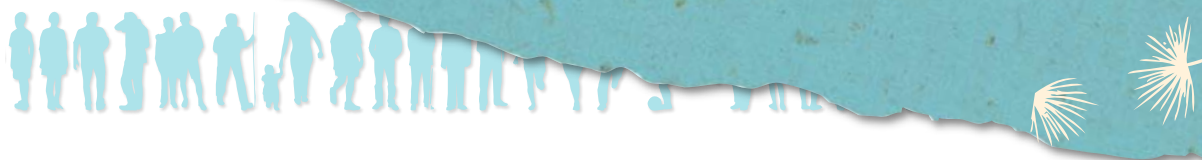
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique Respiratoire

Objectif de la séance :

.....
.....

Outil utilisé :

.....
.....

Réalisée par :

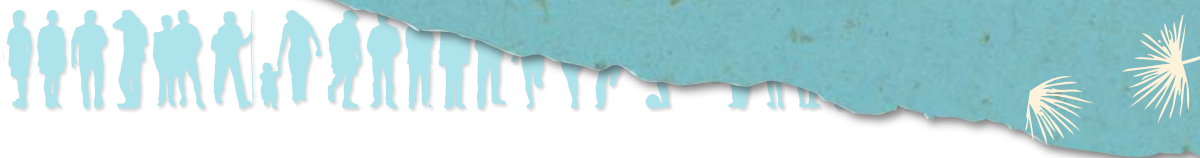
.....
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique Nutrition

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

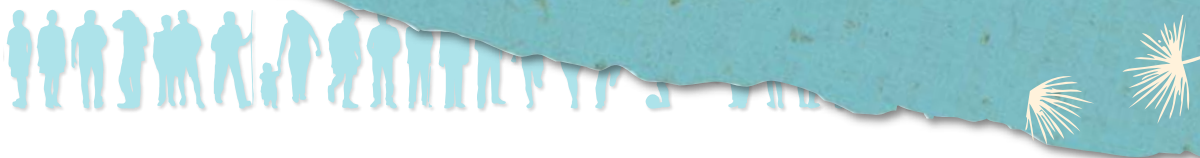
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique Génétique

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

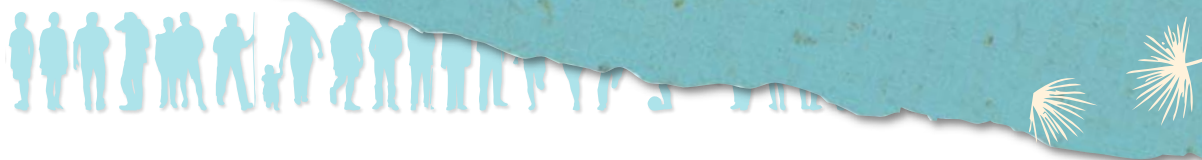
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Le plan de prise

Objectif de la séance :

.....
.....

Outil utilisé :

.....
.....

Réalisée par :

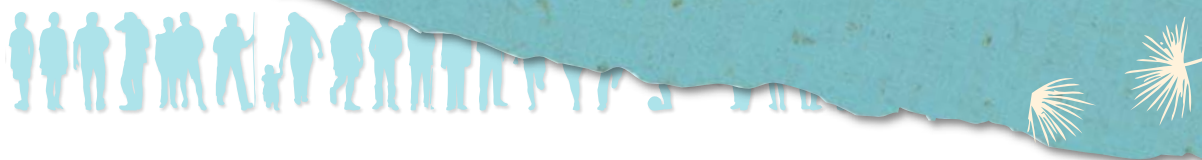
.....
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

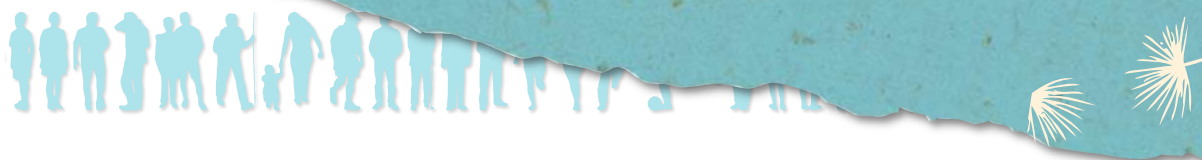
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

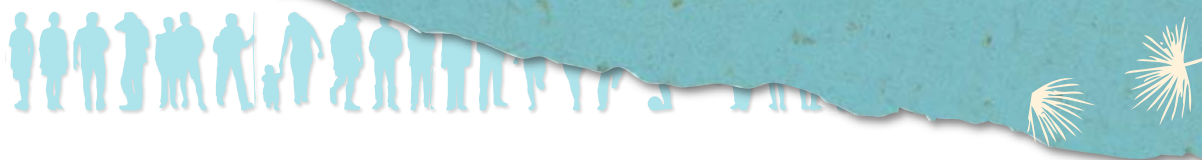
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

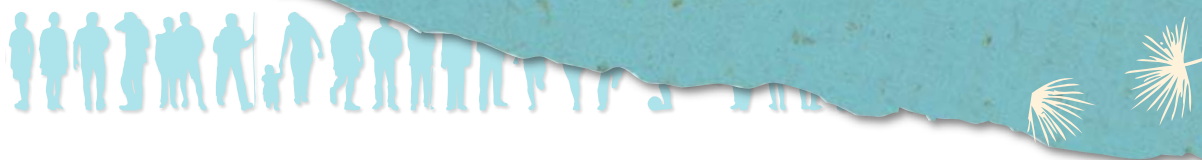
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Objectif de la séance :

.....

.....

Outil utilisé :

.....

.....

Réalisée par :

.....

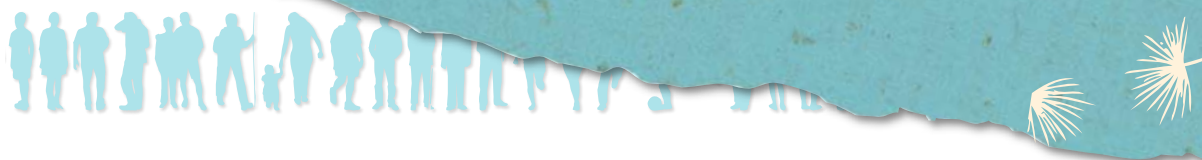
.....

Date :

.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Séance d'éducation Thérapeutique

Objectif de la séance :

.....
.....

Outil utilisé :

.....
.....

Réalisée par :

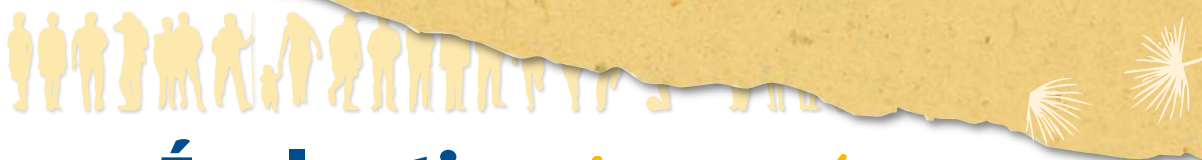
.....
.....

Date :

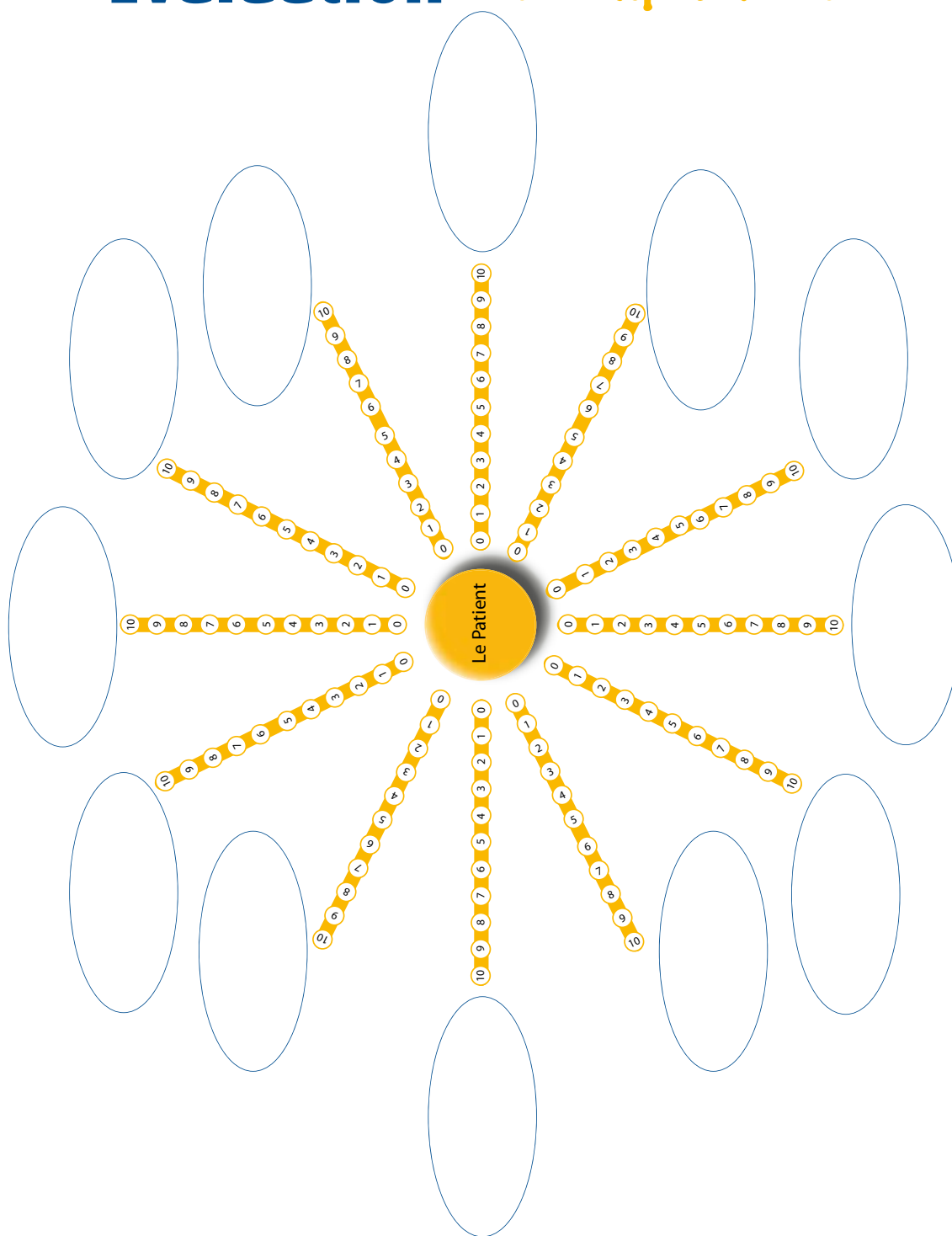
.....

NB : Placer dans les pages suivantes le Compte Rendu de la séance.





Évaluation des compétences



Positionner entre 0 "pas du tout d'accord" et 10 "tout à fait d'accord"

« Je me sens à l'aise pour... »

