



# Pour faire le point

Livret destiné au patient



Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé  
**inpes**  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

# Pour faire le point

Les documents suivants  
pourront vous aider  
à faire le point sur vos  
sentiments, votre vécu  
et votre suivi médical.

Complétez ceux  
qui vous intéressent  
et parlez-en avec  
votre médecin lors  
de la consultation.



# Mes sentiments face à ma maladie

► Je coche les sentiments qui décrivent le mieux ce que je ressens par rapport à ma maladie.

Actuellement, je me sens :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Optimiste      | <input type="checkbox"/> Angoissé (e)  |
| <input type="checkbox"/> Combatif (ive) | <input type="checkbox"/> Triste (e)    |
| <input type="checkbox"/> Confiant (e)   | <input type="checkbox"/> Énervé (e)    |
| <input type="checkbox"/> Révolté (e)    | <input type="checkbox"/> Désespéré (e) |
| <input type="checkbox"/> Frustré (e)    | <input type="checkbox"/> Déprimé (e)   |
| <input type="checkbox"/> Courageux (se) | <input type="checkbox"/> En colère     |
| <input type="checkbox"/> Résigné (e)    | <input type="checkbox"/> Honteux (se)  |

Quoi d'autre ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Mes activités au quotidien

► Je coche dans la liste suivante  
les activités que je fais sans difficulté.

## Activités quotidiennes et loisirs

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Travailler                  | <input type="checkbox"/> Visiter des proches    |
| <input type="checkbox"/> Aller au cinéma, au théâtre | <input type="checkbox"/> Faire les courses      |
| <input type="checkbox"/> Me promener                 | <input type="checkbox"/> Préparer un repas      |
| <input type="checkbox"/> Faire du sport              | <input type="checkbox"/> Entretien de la maison |

## Activités portant sur les aspects financiers

- Gérer mon argent
- Remplir un chèque
- M'occuper de mes factures et impôts
- Retirer de l'argent à un distributeur automatique

## Déplacements et voyages

- Utiliser les transports en commun
- Conduire
- Me déplacer à pied dans mon quartier
- Partir en voyage

## Communication

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parler                   | <input type="checkbox"/> Écrire                 |
| <input type="checkbox"/> Exprimer mes difficultés | <input type="checkbox"/> Apprendre              |
| <input type="checkbox"/> Téléphoner               | <input type="checkbox"/> Comprendre             |
| <input type="checkbox"/> Lire                     | <input type="checkbox"/> Utiliser un ordinateur |

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

---

---

---

---

► J'indique les personnes sur qui je peux compter.

Lorsque vous avez besoin d'une aide pour vos tâches ménagères, vos courses, à qui pouvez-vous vous adresser ?

---

---

---

---

Lorsque vous avez besoin de parler de vos problèmes à quelqu'un, à qui pouvez-vous vous adresser ?

---

---

---

---

Lorsque vous avez besoin de quelqu'un pour gérer, en votre nom, vos intérêts financiers, à qui pouvez-vous vous adresser ?

---

---

---

---

Lorsque vous avez besoin de quelqu'un pour prendre, en votre nom, des décisions relatives aux soins et traitements de votre maladie, à qui pouvez-vous vous adresser ?

---

---

---

---

# Mon réseau de soutien

# Mes relations avec mon entourage

► Je coche dans la liste suivante  
les sentiments qui décrivent le mieux  
ce que je ressens vis-à-vis de mon  
entourage.

Actuellement, je me sens :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Écouté (e)    | <input type="checkbox"/> Coupable      |
| <input type="checkbox"/> Respecté (e)  | <input type="checkbox"/> Aimé (e)      |
| <input type="checkbox"/> Incompris (e) | <input type="checkbox"/> Isolé (e)     |
| <input type="checkbox"/> Frustré (e)   | <input type="checkbox"/> Surveillé (e) |
| <input type="checkbox"/> Soutenu (e)   |  |

Quoi d'autre ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

► J'indique comment je prends  
et je supporte mes médicaments.

Pour m'aider à prendre mes médicaments, j'ai besoin de :  
(je coche la case qui correspond le mieux à ma situation)

- Mon entourage
- Un pilulier
- Une ordonnance
- Un support sonore (appel téléphonique, réveil...)
- Les indications des doses à prendre sur les boîtes
- Rien
- Quoi d'autre ?

---

---

---

---

La tolérance à mes médicaments :  
(je coche la case qui correspond le mieux à ma situation)

- Je tolère bien mes médicaments
- Je tolère mal mes médicaments

# Mes médicaments <sup>(1)</sup>



# Mes médicaments (2)

Consultation du . . / . . / . . . . .

► Je note les avantages et les inconvénients des médicaments que je prends pour soigner mes troubles de mémoire.

Les avantages

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Les inconvénients

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Je prépare la consultation chez le médecin

Consultation du . . / . . / . . . . .

## ► Je prépare la prochaine consultation.

Ce que j'attends de la part de l'équipe soignante :

---

---

---

---

---

---

Ce dont je souhaite parler lors de la prochaine consultation :

---

---

---

---

---

---

Les questions que je veux poser au médecin lors de la prochaine visite :

---

---

---

---

---

---

Ce livret patient vous a été remis par votre médecin. Il vous appartient. Vous pouvez y exprimer votre point de vue, vos sentiments, vos attentes et vos souhaits concernant le vécu et la prise en charge de la maladie. Cet outil a pour vocation de vous aider au quotidien et de faciliter le dialogue avec vos soignants. N'hésitez pas à le présenter lors de chaque consultation.