

CAHIER PATIENT
Dossier Médical Partagé
Diagnostic Educatif
(à remplir par un médecin ou un éducateur)

DATE DE LA VISITE 20

NUMERO DIAGNOSTIC

Fait par

Patient

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

Date de naissance :

Téléphone :

Portable :

ACTIVITE :

Activité professionnelle

Indiquez la profession :

.....

.....

Numéro de Sécurité Sociale.....

Enfant scolarisé, Etudiant

Indiquez le niveau d'études :

Médecin traitant

NOM :

Ville :

Médecin spécialiste

NOM :

Ville :

- Asthme diagnostiqué OUI NON

- Stade de l'asthme : _____

- Allergie OUI NON

- Type d'allergie

Renvoyé vers son médecin OUI NON

Liste des médecins du réseau OUI NON

Documentation charte patient remis OUI NON

1 • Est-il gêné dans ses activités quotidiennes ou physiques ou sportives :

Oui Non

2 • A t-il un broncho-dilatateur en permanence avec lui : Oui Non

3 • S'en sert-il Oui Non

4 • Vous avez de l'asthme depuis combien d'années :

- Moins d'1 an
- de 1 à 5 ans
- de 5 à 10 ans
- de 10 à 15 ans
- Plus de 15 ans

5 • Nombre d'hospitalisations :

MODE DE VIE

6 • Tabac :

Non Fumeur Fumeur Ex Fumeur

Tabagisme passif

7 • Activités :

Votre patient pratique t-il régulièrement une activité physique ou sportive ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?.....

8 • Lieu de vie :

Maison Appartement

Ville Campagne

9 • Avez-vous un animal : Oui Non

Si oui, lequel ?.....

SITUATION FAMILIALE ET PSYCHOAFFECTIVE

10 • Le patient vit seul En famille

11 • Asthme familial : Oui Non Ne sait pas

12 • Acceptation de la maladie :
Faible Acceptation Satisfaisante Très bonne

13 • Le patient présente t-il de l'anxiété par rapport à sa maladie :
Oui Non

14 • Le patient présente t-il d'autres pathologies ou d'autres problèmes :
Oui Non

Si oui, lesquels :
.....

15 • Conséquences de la maladie :

Dans la journée : Fatigue
Hantise de certains endroits ou certaines situations
Autre

Sur le sommeil : Ronflements
Réveil
Crise d'asthme

16 • Vie sexuelle perturbée : Oui Non

**OBJECTIF(S) PEDAGOGIQUE(S)
PRIORITAIRE(S)**
(PROPOSITION D'OBJECTIFS AU CHOIX OU AUTRES...)

- Comprendre sa maladie

- Reconnaître les signes annonciateurs de la crise

- Connaître le rôle des médicaments

- Effectuer efficacement les techniques d'inhalation

- Savoir réaliser et interpréter une mesure du Débit Expiratoire de Pointe

- Savoir adopter le plan d'action en cas de crise

- Autre (*précisez*) :
.....

Partie à remplir par le PATIENT

A1 • Quel est votre traitement actuel :

Crise :

Fond :

A2 • Selon-vous, votre asthme est ? (Mettre une croix sur la ligne)

Intermittent

Léger persistant

Modéré persistant

Sévère persistant

A3 • Votre asthme est-il une gêne dans votre vie quotidienne ? (mettre une croix sur la ligne)

|-----|
Pas de gêne Forte gêne

A4 • Quand vous prenez votre traitement, vous paraît-il :

Efficace Moyennement efficace Pas efficace

A5 • Avez-vous décidé d'une manière d'agir avec votre médecin en cas de crise :

Oui Non Ne sait pas

A6 • Quand votre état respiratoire s'améliore, arrêtez-vous parfois votre traitement :

Oui Non Ne sait pas

A7 • En cas de crise, je prends en premier un broncho-dilatateur :

Oui Non Ne sait pas

Si oui lequel :

A8 • En cas de crise, je prends en premier un corticoïde :

Oui Non Ne sait pas

Si oui lequel :

A9 • Si la crise ne passe pas, que faites-vous :

J'appelle mon médecin :

J'appelle le SAMU :

Je vais directement à l'hôpital :

Je reprends mes médicaments :

J'attends que ça passe :

Autre.....

A10 • Pouvez-vous raconter votre dernière crise ?

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

A11 • Considérez-vous qu'actuellement votre santé est :
(mettre une croix sur la ligne)

| _____ |
 Très mauvaise Très bonne

A12 • Par rapport aux autres personnes de votre âge vous sentez-vous plutôt :
(mettre une croix sur la ligne)

| _____ |
 Moins bien Dans la moyenne Mieux que
 que la moyenne la moyenne

A13 • Cochez la réponse qui vous correspond le mieux :

Ma santé dépend :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
De moi					
De ma famille					
De mes amis (es)					
De l'environnement (climat, pollution)					
De mon médecin					
Autre (précisez...)					

A14 •

Pensez-vous ?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Bien	Très bien
Que vous comprenez bien votre maladie ?					
Que vous savez reconnaître les signes annonçant une crise ?					
Que vous connaissez bien votre traitement ?					
Que vous savez utiliser efficacement les techniques d'inhalation ?					
Que vous savez réaliser et interpréter une mesure du Débit Expiratoire de Pointe ?					
Que vous savez ce qu'il faut faire en cas de crise ?					

Signature du Patient :

**Nom et Signatures du (des) Titulaire(s)
de l'Autorité Parentale :**