

FICHE D'EVALUATION DU SENTIMENT DE COMPETENCE PARENTALE POUR LA PRISE EN CHARGE DU TRAITEMENT ARV DE LEUR ENFANT

Date de consultation :

Nom, prénom :

Médecin référent :

**Merci de cocher pour chaque situation la réponse
qui correspond à votre sentiment actuel.**

	Oui	Non	Je ne sais pas
1. Je pense que je vais réussir à suivre les rythmes de prises du traitement de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si j'ai des difficultés avec le traitement de mon enfant, je demanderai des conseils et une aide au médecin ou aux infirmières du service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je pense que si je pouvais discuter avec d'autres familles pour voir comment elles donnent le traitement à leur enfant, cela m'aiderait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je ne me sens pas capable de donner tous ces médicaments à mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cela m'aiderait si mon enfant participait plus à la prise de son traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens mal à l'idée d'oublier une prise dans le traitement de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>