

## FICHA DE AVALIAÇÃO DO SENTIMENTO DE COMPETÊNCIA PARENTAL PARA A DOSE, SOB SUA RESPONSABILIDADE, DO TRATAMENTO ARV DE SUA CRIANÇA

Data da consulta :  /  /

Nome : .....

Médico responsável : .....

**Marque com um X para cada situação correspondendo  
ao seu sentimento atual**

	Sim	Não	Não sei
1. Acho que vou conseguir seguir os ritmos das doses do tratamento da minha criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se encontrar dificuldades com o seu tratamento pedirei conselhos e ajuda ao médico ou às enfermeiras do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acho que se pudesse discutir com outras famílias, para ver como elas mistram o tratameto às suas crianças, isto me ajudaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Não me sinto capaz de lhe dar todos estes remédios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se minha criança participasse mais das doses do tratamento, isto me ajudaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me mal com a idéia de esquecer uma de suas doses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>