

Date 1er entretien :

Nom de l'éducateur :

IDENTITE PATIENT	
Mr - Mme - Melle Nom :	Nom jeune fille :
Date de Naissance :	Prénom :
Adresse :	Nationalité / Origine :
N° Tél :	
Couverture sociale:	
SITUATION FAMILIALE	
Marié(e), pacsé (e), en couple, divorcé(e), séparé(e), célibataire, parents (<i>Avec qui vivez-vous ?</i>)	
Entourage/ support moral (aide potentielle ou isolement)	
Nombre d'enfants et âge des enfants ?	
NIVEAU D'ETUDES / PROFESSION / LOISIRS / PROJETS	
Activité actuelle (professionnelle...) :	Ressources financières :
Horaire de travail / rythme :	
Loisirs / Projets :	
PRISE EN CHARGE GLOBALE / PROFESSIONNELS DE SANTE :	
Infectiologue Hospitalier référent :	Service :
Médecin généraliste :	IDE libérale :
Gynécologue / Proctologue :	Autres spécialistes :
Psychologue / Psychiatre :	Autres (tuteur ...) :
Assistante Sociale :	
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
Alcool <input type="checkbox"/>	Tabac <input type="checkbox"/>
Pbs d'alimentation :	
Autres (drogues, substitution...) <input type="checkbox"/>	
INFECTION VIH	HEPATITES
Date de découverte de l'infection VIH :	CDC : A - B - C
Contexte de découverte :	VHB : Oui / Non
Mode de contamination :	Vacciné(e) : Oui / Non
Infections opportunistes : ATCD	VHC : oui / non
en cours	Génotype VHC :
Etat actuel de l'Infection VIH :	Score métavir : A - F
	Cirrhose : oui /non
AUTRES PATHOLOGIES (en cours)	
TRAITEMENTS	
Traitements ARV en cours : Oui / Non	
Lesquels :	
Traitements VHC déjà reçus : Oui / Non	
Lesquels :	
Traitements prophylactiques en cours : Oui / Non	
Lesquels :	
Traitements autres pathologies en cours : Oui / Non	
Lesquels :	
Tolérance des traitements en cours :	
Quel est le motif de ces consultations d'éducation thérapeutique (<i>selon le patient</i>) ?	
Découverte séropositivité VIH / VHC:	oui / non
Initiation de traitement ARV / VHC :	oui / non
Difficultés d'observance :	oui / non
Echec thérapeutique :	oui / non
Grossesse :	oui / non
Autre raison :	
Qui vous adresse en éducation thérapeutique ?	