



Checklist AJLados de Transition en Rhumatologie en 6 étapes

Nom-Prénom _____ Date _____

Accord de confidentialité

On évaluera s'il (elle) :	Indépendant	Commentaires
Devient autonome		
Prend seul ses rdv	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Renouvelle seul ses stocks de médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prépare et expose ses questions aux visites médicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Accepte d'être interrogé seul et examiné seul	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
A un carnet de suivi et le remplit seul	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prend ses médicaments seul et correctement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Pratique les autoinjections (traitements sous-cutanés)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Connait sa prise en charge sociale et sait remplir les papiers de CPAM	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sait comment trouver les réponses à ses questions	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sait prendre contact avec le médecin en cas de problèmes médicaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Connait sa maladie		
Nom de la maladie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Manifestations et Identification des poussées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres atteintes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Mécanismes et Génétique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Facteurs déclenchants/améliorants	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Notions de Gravité, Rémission/Guérison, Conséquences	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autoévaluation de l'activité de la maladie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Que faire en cas de...(sports, vaccin, voyage, chirurgie, brulures, dents)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comprend ses résultats d'examen	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Parle spontanément des répercussions de sa maladie		
Sur le sommeil et l'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sur la présence à l'école et les performances scolaires/au travail...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sur les activités sportives et loisirs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sur les relations avec entourage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sur le moral et l'estime de soi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prend conscience de l'impact de la maladie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Participe à un programme d'ETP ou à des groupes de discussion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Parle de son traitement		
Nom, Dose, Fréquence		
Effets Indésirables	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Réaction adaptée aux effets indésirables	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Fait la différence entre traitement symptomatique et de fond	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sait moduler son traitement symptomatique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Connait des traitements non pharmacologiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Fait ses exercices correctement si nécessaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sait ce qu'est l'observance	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comprend les informations reçues sur le traitement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Aborde la question du transfert des soins		
Connait la différence entre soins en secteur pédiatrique et adulte	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Exprime ses attentes, discute et planifie le moment du transfert	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Consent à la transmission des données médicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Signature
Compte-rendu de synthèse remis au patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Consultations communes pediatre/adulte	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
A reçu des infos sur		
la sexualité, les MST	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
la contraception	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
la fertilité et la conception d'enfants	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sait comment les drogues, l'alcool et les cigarettes affectent la maladie et interagissent avec les médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
la MDPH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Les allocations et aides diverses	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
la maladie à l'école ou au travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Souhaite avoir des informations sur.....		