

**AMBS**

Prendre des médicaments tous les jours à vie est une tâche difficile. Nous aimerions trouver des moyens de vous faciliter la tâche. Vous trouverez ci-dessous plusieurs raisons que des adolescents nous ont données pour expliquer pourquoi il était difficile pour eux de prendre leurs médicaments à l'heure prévue chaque jour. Veuillez lire attentivement chaque déclaration. Cochez la case à droite qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas sûr(e)	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Je trouve que le médicament est difficile à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je trouve que j'ai trop de gélules à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je n'aime pas le goût du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je trouve que ce médicament a trop d'effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne veux pas prendre le médicament à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai l'impression que cela gêne mes activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis étourdi(e) et je ne pense pas à prendre le médicament à chaque fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je ne suis pas très organisé(e) quant au moment et à la façon de prendre le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je ne veux pas que d'autres personnes me remarquent lorsque je prends le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Parfois, je n'ai juste pas envie de prendre le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai du mal à m'en tenir à un horaire fixe de prise de médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je n'aime pas l'effet du médicament sur mon apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis fatigué(e) de prendre des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je suis fatigué(e) de vivre avec un problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Parfois je ne me rends pas compte que je suis à court de gélules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je m'embrouille sur la façon dont le médicament doit être pris (avec ou sans nourriture, avec ou sans eau, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Parfois, il est difficile de se rendre à la pharmacie pour récupérer l'ordonnance avant d'être à court de médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Y a-t-il autre chose que nous n'avons pas mentionné qui vous empêche de prendre votre médicament comme prévu chaque jour ?</b>					
_____					
_____					