

PMBS

Prendre des médicaments tous les jours à vie est une tâche difficile. Nous aimerions trouver des moyens de faciliter la tâche à votre enfant. Vous trouverez ci-dessous plusieurs raisons que les familles nous ont données pour expliquer pourquoi il était difficile pour leur enfant de prendre ses 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 d'accord avec chaque déclaration.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas sûr(e)	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Mon enfant a du mal à avaler le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon enfant a trop de gélules à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mon enfant n'aime pas le goût du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon enfant a l'impression que cela gêne ses activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mon enfant est étourdi et ne pense pas à prendre ses médicaments à chaque fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mon enfant n'est pas très organisé quant au moment et à la façon de prendre son médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mon enfant ne veut pas que d'autres personnes le remarquent lorsqu'il prend le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mon enfant est très occupé par d'autres choses qui entravent la prise du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mon enfant se sent parfois mal et ne peut pas prendre le médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mon enfant a du mal à s'en tenir à un horaire fixe de prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon enfant n'aime pas l'effet du médicament sur son apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mon enfant est fatigué de vivre avec un problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je ne suis pas toujours là pour rappeler à mon enfant de prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mon enfant trouve que le médicament a trop d'effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mon enfant compte sur moi pour lui rappeler de prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mon enfant est fatigué de prendre des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il autre chose que nous n'avons pas mentionné qui empêche votre enfant de prendre son médicament comme prévu chaque jour ? _____					
