

Instructions :

Évaluez l'impact que votre maladie inflammatoire de l'intestin (MII) a récemment eu sur votre état physique, votre santé mentale, votre santé émotionnelle et votre vie sociale; établissez quels sont les éléments prioritaires pour lesquels vos besoins sont importants et parlez-en à l'infirmière ou au médecin.

Évaluez les éléments ci-dessous sur une échelle de 1 à 4.

Guide de préparation en vue de discussions sur la MII

Préparation à votre rendez-vous



Symptômes physiques

Sur une échelle de 1 à 4, 1 signifiant « aucun symptôme » et 4, « symptômes graves », les symptômes de MII que j'ai éprouvés au cours du mois dernier sont :

1 = aucun 2 = légers 3 = modérés 4 = graves

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besoin urgent d'aller à la selle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fréquence des selles (plus de 3 fois par jour) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présence de sang dans les selles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Douleurs à l'abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre (veuillez préciser : _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Impacts sur votre santé mentale, votre santé émotionnelle et votre vie sociale

Au cours du mois dernier :

J'ai manqué ___ jours de travail ou d'école en raison de symptômes ou d'un stress liés à ma MII.

J'ai manqué ___ activités sociales ou familiales en raison de symptômes ou d'un stress liés à ma MII.

J'ai eu ___ épisodes d'incontinence fécale.

J'ai Je n'ai pas évité de me déplacer loin de chez moi (lors de vacances ou de congés) en raison de symptômes ou d'un stress liés à ma MII.

Je ne me suis jamais inquiété-e me suis parfois inquiété-e me suis souvent inquiété-e me suis constamment inquiété-e de la survenue de prochaines poussées, même lorsque je me sentais bien.

Dans ma vie quotidienne, je n'ai jamais ressenti j'ai parfois ressenti j'ai souvent ressenti j'ai constamment ressenti une anxiété ou un stress généralisés en raison de ma MII.

Sur une échelle de 1 à 4, 1 signifiant « aucun impact » et 4, « impact important », ma MII a eu un impact sur :

1 = aucun 2 = légers 3 = modérés 4 = graves

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mes relations sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mes relations intimes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma carrière ou mes études | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mes responsabilités quotidiennes comme des tâches ménagères, les soins aux enfants et les courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma santé mentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Expliquez comment la MII a nui à votre santé mentale :

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mes activités de loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre (veuillez préciser : _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quelle est la principale chose que votre MII vous empêche de faire?

Si vous ne pouviez discuter que d'un seul problème avec l'infirmière ou le médecin lors de votre prochain rendez-vous, de quoi voudriez-vous lui parler?

Par exemple :

Sortir en public sans me soucier d'avoir facilement accès à une salle de bain.

Dormir toute la nuit sans devoir me lever pour aller à la selle.

Ne pas m'absenter du travail ou de l'école, ou de faire d'autres activités quotidiennes en raison de mes symptômes.

Veillez dresser la liste de vos médicaments, pour aider le clinicien.

Questions utiles à poser pendant votre rendez-vous :

Qu'indiquent les résultats que j'ai obtenus [à l'examen endoscopique/à la biopsie/à l'évaluation du taux de calprotectine fécale/à l'examen d'imagerie]?

Quels sont les traitements à ma disposition?

Comment puis-je savoir si le médicament que je reçois ou que je prends est efficace?

Quelles sont les autres options si mes symptômes s'aggravent?

Questions ou commentaires :

Autres remarques relativement à votre rendez-vous :