





NOM : .....

NOM DU MÉDECIN : .....

Comment vous sentez-vous en ce qui concerne ..... ?

DATE: [J][J]/[M][M]/[A][A][A][A] HEURE: [H][H][H][M][M]

Je ne prends pas ce traitement / ne suis pas ces recommandations

Je prends ce traitement / suis ces recommandations



J'ai beaucoup de difficultés avec cet item

Je pourrais mieux faire avec cet item

Je gère bien cet item

J'aimerais discuter de cet élément aujourd'hui

DATE: [J][J]/[M][M]/[A][A][A][A] HEURE: [H][H][H][M][M]

Je ne prends pas ce traitement / ne suis pas ces recommandations

Je prends ce traitement / suis ces recommandations



J'ai beaucoup de difficultés avec cet item

Je pourrais mieux faire avec cet item

Je gère bien cet item

J'aimerais discuter de cet élément aujourd'hui

DATE: [J][J]/[M][M]/[A][A][A][A] HEURE: [H][H][H][M][M]

Je ne prends pas ce traitement / ne suis pas ces recommandations

Je prends ce traitement / suis ces recommandations

J'ai beaucoup de difficultés avec cet item

Je pourrais mieux faire avec cet item

Je gère bien cet item

J'aimerais discuter de cet élément aujourd'hui

Ce modèle a été développé par le comité de direction de CF CARE dans le cadre du programme CF CARE.

CF CARE est intégralement financé par Vertex Pharmaceuticals. Ce contenu a été préparé et développé par le comité de direction, avec le soutien logistique et éditorial du secrétariat de CF CARE, ApotheCom. Vertex a eu la possibilité d'examiner l'exactitude du contenu et des outils. Vertex Pharmaceuticals n'a pas accès à vos informations personnelles.

INT-20-2100166 | Date de révision: Mai 2021

**Veuillez conserver ce document dans vos archives et conseiller à votre patient de contacter un membre de son équipe de soins mucoviscidose pour toute question résultant de cet exercice.**