

Ma carte d'identité

NOM :

PRÉNOM :

(non obligatoire si vous souhaitez que la
fiche reste anonyme)

LANGUE :

Mon dépistage

J'ai réalisé un dépistage de l'hépatite C
(anticorps + PCR) le/...../....., celui-ci
est positif.

Qui m'accompagne ?

NOM DU MÉDECIN :

AUTRE ACCOMPAGNANT·E :

Signature ou cachet du médecin

Mon traitement

J'ai réalisé des examens complémentaires avant le traitement, voici les résultats :

Évaluation fibrose

Résultats fibroscan ou
élastographie

Score fib 4

Signature ou cachet du médecin

J'ai commencé mon traitement le/...../.....

Je prends (nom du traitement) à raison de (nombre de comprimés) par jour pendant
..... (durée du traitement).

Signature ou cachet du médecin

Mon calendrier de traitement

- En haut de chaque tableau, j'indique le mois correspondant.
- J'inscris ensuite la date du 1^{er} jour du traitement dans la 1^{ère} case « jour et date » libre du tableau. Je complète ensuite toutes les autres cases « jour et date ».
- Je marque la case du calendrier correspondant au dernier jour de mon traitement en la surlignant ou en la coloriant.
- Chaque jour, j'entoure « oui » si j'ai pris mes comprimés, j'entoure « non » si je ne les ai pas pris.

Mois :							
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						

Mois :							
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						

Mois :							
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						
Jour et date							
J'ai pris mon traitement ?	Oui / Non						