

Vous êtes concerné par le VIH ?

Vous souhaiteriez pouvoir échanger avec les soignants, avec d'autres patients
au cours d'une journée spécifique ?

Le COREVIH Bretagne, les équipes qui vous prennent en charge et les associations de patients organisent une journée entièrement destinée aux personnes concernées par le VIH, le 28 février 2015 à Saint-Brieuc.
Afin de mieux répondre à vos attentes, **merci de compléter le QUESTIONNAIRE ci-dessous** et de le remettre à un membre de votre équipe soignante.

1 - Quels thèmes souhaiteriez-vous voir aborder lors de cette journée ? (8 choix maximum)

SOCIAL, JURIDIQUE - ACCES AUX DROITS

- Demande d'aide financière
- Démarche MDPH/MDA (Cotorep)
- Emploi et/ou formation
- Logement
- Droits au séjour
- Discriminations
- Accès aux soins
- Prêts bancaires

QUALITE DE VIE / ASPECT PSYCHOLOGIQUE

- Estime de soi
- Vécu de la séropositivité
- Dire sa séropositivité
- Fin de vie
- Isolement
- Suivi psychologique
- Relation avec les soignants
- Relation avec les associations

SUIVI MEDICAL - QUESTIONS THERAPEUTIQUES

- Hygiène
- Prise de traitement
- Effets indésirables
- Bilan Charge Virale / CD4
- Examens cliniques
- Innovations thérapeutiques/protocoles
- Alimentation / nutrition
- Vieillesse
- Vaccinations
- Substitution
- Consommation de drogue
- Suivi gynéco et/ou proctologique

SANTE AFFECTIVE ET SEXUELLE

- Dépistage IST
- Dépistage VIH / Sida
- Dépistage Hépatites
- Modes de transmission
- Désirs, plaisirs, libido
- Pratiques sexuelles
- Prise de risque
- Traitement d'urgence
- Charge Virale et prévention
- Violences sexuelles
- Contraception
- Désir d'enfant

- Je souhaite participer à l'organisation de cette journée
- Je souhaite recevoir le programme de la « journée patients »

MERCI DE REMPLIR LE BULLETIN DE PARTICIPATION AU VERSO

2 - Quelles seraient les difficultés rencontrées pour participer à cette journée

.....

.....

.....

.....

BULLETIN DE PARTICIPATION

Je souhaite participer à l'organisation de cette journée

Avant (réunion d'organisation fixée le **16 décembre 2014** – lieu à confirmer)

Pendant : témoignage

Après : bilan de la journée

Je souhaite recevoir le programme de la « journée patients »

M. Mme Mlle

Nom _____ Prénom _____

Tél. _____

Email (indispensable) _____ @ _____

BULLETIN A TRANSMETTRE (à votre convenance)

1 - Membre de l'équipe soignante

2 - Fax : 02 99 28 98 76

3 - Mail : myriam.ducept@chu-rennes.fr

4 - Courrier :

COREVIH BRETAGNE

Secrétariat

CHU de RENNES - Hôpital Pontchaillou

Pavillon Le Chartier

2 Rue Henri Le Guilloux

35033 Rennes Cedex 9

Tél : 02 99 28 98 75