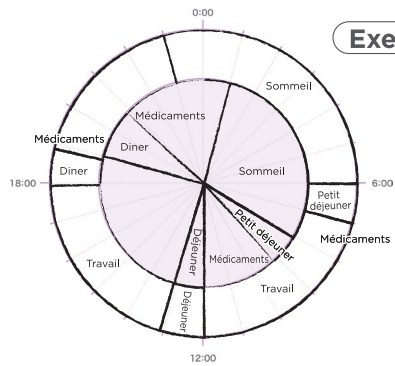
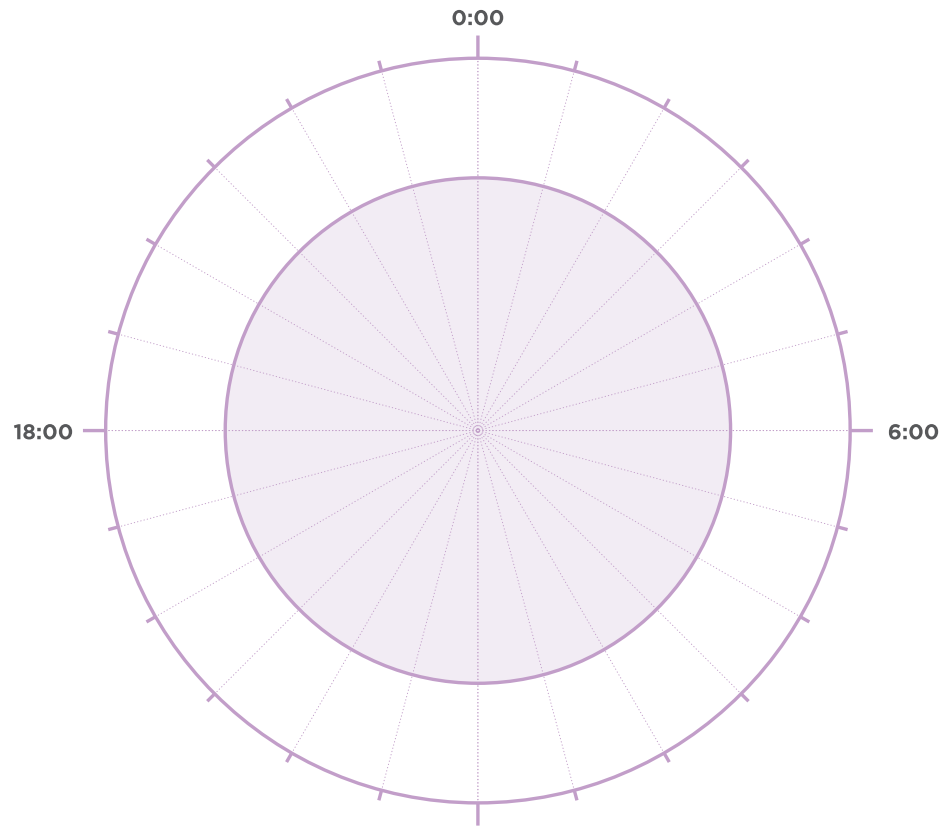


Exemple



Veuillez renseigner votre emploi du temps caractéristique au cours d'une journée, comme sur l'exemple ci-dessus.



Journée ordinaire

Autre journée



Pour tout renseignement

Gilead Sciences, Inc.

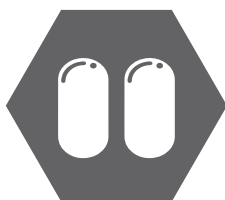
GranTokyo South Tower, 1-9-2, Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-6616
<https://www.gilead.co.jp/>

BVY19DS0130GE
Fait en octobre 2019

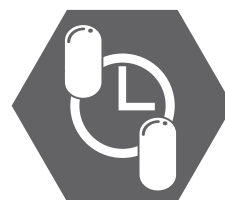
Let's Talk!

Rencontrez-vous des problèmes avec les médicaments que vous prenez actuellement ?

Il existe divers types de médicaments qui diffèrent par leur forme, leur taille ou la manière de les prendre. Renseignez-vous auprès de votre médecin au sujet de médicaments qui correspondent à votre mode de vie.



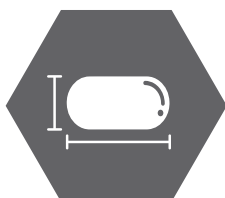
Le nombre de médicaments à prendre en une seule fois est trop élevé



Il est pénible de devoir prendre les médicaments 2 fois par jour



Il est difficile de devoir nécessairement manger avant de prendre les médicaments



Les médicaments sont gros et difficiles à avaler



Je m'inquiète des mélanges de médicaments

- Les médicaments du patient sont déterminés non seulement en fonction de son mode de vie, mais également en se basant sur une appréciation exhaustive de l'état du patient, des traitements qu'il suit pour d'autres maladies, etc.
- Quand bien même vous changeriez de médicaments afin de diminuer des effets secondaires, ou encore pour qu'ils soient plus faciles à ingérer, si vous suivez les indications d'un médecin, le nombre de médicaments que vous pourrez choisir à l'avenir ne diminuera pas (si un médicament ne convient pas après changement, il reste possible de revenir au précédent).
- Les médicaments évoluent d'année en année. Il y a peut-être des médicaments qui vous conviennent mieux.

Demandez s'il existe des médicaments qui vous conviennent

Afin de poursuivre la prise de médicaments, il est important de choisir des médicaments qui vous conviennent.

Indiquez aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières :

- Les inconvénients que vous rencontrez avec les médicaments que vous prenez actuellement.
- Votre rythme de vie, votre mode de vie.
- L'intégralité des médicaments qui vous sont prescrits dans d'autres hôpitaux. (Veuillez montrer votre carnet de prescriptions si vous l'avez avec vous)

memo

● À propos de votre quotidien en général

1	Vous rythme de vie est irrégulier.	Oui	Non
2	Vous ressentez un fort stress au travail/dans vos tâches ménagères/à l'école.	Oui	Non
3	Vous buvez de l'alcool régulièrement (au moins 3 fois par semaine).	Oui	Non
4	Vous n'avez pas d'appétit récemment.	Oui	Non
5	Vous avez récemment du mal à vous endormir, ou vous vous réveillez au milieu de la nuit.	Oui	Non

● À propos des autres maladies et médicaments

6	Vous avez une maladie qui nécessite de suivre un autre traitement régulier.	Oui	Non
▶ Si vous avez répondu « oui », de quelle sorte de maladie s'agit-il ?			
7	Vous ingérer quelque chose en plus de vos repas et des autres médicaments que vous prenez.	Oui	Non
▶ Si vous avez répondu « oui », de quoi s'agit-il ?			
8	Il y a des compléments alimentaires que vous souhaiteriez prendre.	Oui	Non
▶ Si vous avez répondu « oui », de quoi s'agit-il ?			

● À propos de votre traitement actuel

9	Vous vous sentez apathique de manière régulière.	Oui	Non
10	Il arrive que vous vous sentiez la poitrine ou l'estomac lourd.	Oui	Non
11	Vous ressentez de l'anxiété ou de la déprime.	Oui	Non
12	Il arrive que vous ayez des maux de tête ou des vertiges.	Oui	Non
13	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments.	Oui	Non
▶ Si oui avez répondu « oui », à quels moments cela se produit-il ?			
14	Les médicaments sont trop gros et difficiles à boire.	Oui	Non
15	Vous souhaiteriez réduire le nombre de médicaments ou le nombre de prises.	Oui	Non