



IDENTIFICATION DES BESOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE [PROBLÈME DE SANTÉ]

Introduction

Merci d'avoir accepté de participer à notre enquête.

Notre étude vise à identifier les besoins des personnes atteintes de *[problème de santé]* afin d'améliorer leur prise en charge.

Ce questionnaire vous concerne si :

- vous êtes atteint(e) ou avez été atteint(e) de *[problème de santé]*;
- ou si vous exprimez au nom d'une personne adulte atteint(e) de *[problème de santé]* et qui n'est pas en mesure de répondre elle-même;
- ou si vous exprimez au nom d'un mineur d'âge atteint(e) de *[problème de santé]*.

Si nécessaire, clarification du ou des termes spécifiques utilisés dans le questionnaire.

Avant d'accepter de participer à cette enquête, nous vous demandons de lire les informations suivantes sur la confidentialité de vos données, et de donner votre consentement à l'utilisation de vos données.

Confidentialité de vos données et consentement éclairé

1. Confidentialité des données

Vos données seront traitées conformément à la loi belge du 30 juillet 2018 sur la protection des personnes physiques relative au traitement des données à caractère personnel et conformément au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, qui est entré en vigueur le 25 mai 2018, sur la protection des personnes physiques relative au traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Vous avez le droit de demander au *[nom de l'institution]* l'accès à vos données personnelles, de les rectifier, de les supprimer, de les transférer, d'en limiter le traitement et de vous opposer à leur traitement. Pour cela, il vous suffit de contacter *[nom de l'institution]*, responsable de leur traitement, *[adresse mail]* ou par voie postale à l'adresse *[adresse postale de l'institution]*. Si vous avez des questions ou des commentaires sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données de *[nom de l'institution]* via l'adresse *[adresse mail]*. Il pourra, si nécessaire, vous fournir davantage d'informations sur la protection de vos données personnelles.

Si cela ne vous semble pas suffisant, vous pouvez adresser une réclamation concernant le traitement de vos données à l'autorité belge de surveillance chargée de l'application de [la législation en matière de protection des données \(APD\)](#), Rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou contact@apd-gba.be.

2. Période de conservation

Les données sont sauvegardées pendant une période de deux ans après la publication du rapport.

3. Finalité du traitement

Cette étude a pour objectif d'identifier les besoins des personnes qui ont développé *[problème de santé]* afin d'améliorer leur prise en charge.

4. Déclaration de consentement

- Je déclare par la présente avoir été informé(e) par écrit de la nature, de la méthode et du but de cette étude, de manière compréhensible pour moi.
- J'accepte de participer à cette étude.



- Je comprends que je peux me retirer à tout moment de cette étude jusqu'au moment où les données seront stockées dans la base de données, et ce sans avoir à faire de déclaration et sans que cela ait de conséquences pour moi.

Je comprends que mes données sont collectées et enregistrées de manière confidentielle et que l'enquêteur principal garantit leur confidentialité.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de confidentialité des données.

Numéro	Question	Réponse(s)	Commentaires
1.	Informations générales		
Q 1.1	Vous remplissez ce questionnaire :	<input type="checkbox"/> Pour vous-même <input type="checkbox"/> Pour un autre adulte (veuillez répondre à toutes les questions comme si vous étiez la personne. Pour la plupart des questions, vous pouvez indiquer "je ne sais pas" si vous ne savez pas comment la personne répondrait)*	<i>* La personne que vous représentez n'est pas en mesure de prendre une décision éclairée de participation pour le moment. En cochant cette case, vous participez à cette étude en fonction de sa volonté probable de participer.</i>
		<input type="checkbox"/> Pour un mineur d'âge (veuillez répondre à toutes les questions comme si vous étiez ce mineur d'âge. Pour la plupart des questions, vous pouvez indiquer "je ne sais pas" si vous ne savez pas comment la personne répondrait)**	<i>** En cochant cette case, vous confirmez que vous agissez conformément à la volonté présumée de l'autre parent du mineur que vous représentez et que vous vous engagez à informer l'autre parent dès que possible de votre participation au nom de ce mineur.</i>
Q 1.2	À quel genre vous identifiez-vous ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	
Q 1.3	Quelle est votre année de naissance ?	[champ numérique]	
Q 1.4	Dans quelle province habitez-vous ?	<input type="checkbox"/> Antwerpen <input type="checkbox"/> Brabant Wallon <input type="checkbox"/> Brussel <input type="checkbox"/> Hainaut <input type="checkbox"/> Liège <input type="checkbox"/> Limburg	



-
- Luxembourg
 - Namur
 - Oost-Vlaanderen
 - Vlaams-Brabant
 - West-Vlaanderen
 - Je n'habite pas en Belgique

Q 1.5	Quel est le diplôme ou le degré le plus élevé que vous ayez obtenu jusqu'à présent ?	<input type="checkbox"/> Pas de diplôme/ enseignement primaire <input type="checkbox"/> Enseignement secondaire inférieur <input type="checkbox"/> Enseignement secondaire supérieur <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur de type court <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur de type long <input type="checkbox"/> Autre diplôme : [champs ouvert] <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Q 1.6	Aviez-vous un emploi rémunéré avant votre <i>[problème de santé]</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Optionnel
Q 1.7	Avez-vous été en incapacité de travail (= absent du travail pendant plus d'un mois) en raison de votre <i>[problème de santé]</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Optionnel
Q 1.8	Si oui, êtes-vous retourné au travail?	<input type="checkbox"/> Oui, je travaille à nouveau comme avant, le même nombre d'heures par semaine <input type="checkbox"/> Oui, mais moins qu'avant <input type="checkbox"/> Non, parce que mon état de santé ne le permet pas <input type="checkbox"/> Non, pour une autre raison : [champs ouvert]	Optionnel
Q 1.9	Quel est votre principal statut professionnel ?	<input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Invalidité	Optionnel
Q 1.10	Travaillez-vous ou avez-vous travaillé comme soignant(e) (médical ou paramédical) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Optionnel

2. Concernant votre problème de santé



Q 2.1	Depuis combien de temps approximativement êtes-vous atteint(e) de [problème de santé] ?	<input type="checkbox"/> Depuis la naissance <input type="checkbox"/> Depuis [champ numérique] semaine(s) <input type="checkbox"/> Depuis [champ numérique] mois <input type="checkbox"/> Depuis [champ numérique] année(s)	Pour les problèmes de santé rencontrés dans le passé, la question doit être adaptée comme suit : Q2.1 : Pendant combien de temps environ avez-vous eu [problème de santé] ? <input type="checkbox"/> Pendant [champ numérique] semaine(s) <input type="checkbox"/> Pendant [champ numérique] mois(s) <input type="checkbox"/> Pendant [champ numérique] année(s)
Q 2.2	Avez-vous, à un moment donné, été diagnostiqué(e) pour votre [problème de santé] par un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Il n'y avait pas d'examen diagnostique disponible au moment de mon/ma [problème de santé]	
Q 2.3	Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à cause de votre [problème de santé] ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Q 2.4	Si oui, quelle était la durée (en jours) de votre dernière hospitalisation ?	[champ numérique]	
Q 2.5	Combien de fois avez-vous été hospitalisé durant la dernière année écoulée (0 étant possible)?	[champ numérique]	
Q 2.6	Dans quel service avez-vous été hospitalisé ? Par exemple: soins intensifs, gériatrie, etc.	[champ ouvert]	Optionnel
3	Votre état de santé général		
Nous aimerions savoir votre état de santé tel que vous le percevez. Veuillez cocher la case à côté de l'affirmation qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI .			Cette question pourrait être adaptée en fonction du problème de santé, par exemple en demandant l'état de santé avant/après l'apparition du problème.
Q 3.1	Votre mobilité aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied. <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied. <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied.	

		<input type="checkbox"/> J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied. <input type="checkbox"/> Je suis incapable de me déplacer à pied.	Cet instrument est l'EQ-5D-5L, qui est soumis à des conditions d'utilisation. Pour demander l'autorisation d'utiliser et d'adapter l'instrument, et pour enregistrer l'étude, rendez-vous sur euroqol.org/support/ . Ou allez sur euroqol.org/support/ .
Q 3.2	Votre autonomie de la personne aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). <input type="checkbox"/> Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e).	
Q 3.3	Vos activités courantes (exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs) aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes. <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes. <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes. <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes. <input type="checkbox"/> Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes.	
Q 3.4	Votre douleur/gêne aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Je n'ai ni douleur ni gêne. <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne légère(s). <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s). <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s). <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s).	
Q 3.5	Votre anxiété/dépression aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e). <input type="checkbox"/> Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e). <input type="checkbox"/> Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e). <input type="checkbox"/> Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e). <input type="checkbox"/> Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e).	
Q 3.6	Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI sur une échelle de 0 à 100. 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.	[champ numérique]	



Veuillez noter le chiffre dans la case ci-dessous. Votre réponse doit être comprise entre 0 et 100.

4 Autres problèmes de santé

- Q 4.1 Souffrez-vous également d'un autre problème de santé ? Oui
 Non
 Je ne sais pas
- Q 4.2 Si oui, voici une liste de catégories de problèmes de santé. Veuillez également indiquer le nom précis de votre problème de santé si vous le connaissez. Si vous ne connaissez pas (encore) votre diagnostic, vous pouvez également le signaler. (plusieurs réponses possibles)
- Maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de l'appareil respiratoire (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de l'appareil digestif (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de la peau (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie du système locomoteur (os, articulations, muscles) (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Trouble de santé mentale (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie hématologique (du sang) ou maladie immunitaire (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie endocrinienne, nutritionnelle ou métabolique (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie du système nerveux (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de l'œil et de ses annexes (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de l'oreille ou du système vestibulaire (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie de l'appareil génito-urinaire (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Maladie qui touche plusieurs systèmes (Le nom exact est : [champs ouvert])
 - Pas de diagnostic connu

5 Symptômes (physiques et psychologiques) liés à votre [problème de santé]

- Q 5.1 Ressentez-vous ou avez-vous ressenti un ou plusieurs symptômes liés à votre [problème de santé] ? Lesquels et précisez à quel point ces symptômes étaient dérangeants ?
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleurs et faiblesses musculaires | Par réponse indiquée : | Liste à adapter en fonction du problème de santé considéré |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires | <input type="checkbox"/> Très dérangeant | |
| <input type="checkbox"/> Picotements ou engourdissement | <input type="checkbox"/> Assez dérangeant | |
| | <input type="checkbox"/> Pas très dérangeant | |



(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Pas dérangeant du tout |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement et difficultés respiratoires | |
| <input type="checkbox"/> Toux | |
| <input type="checkbox"/> Température élevée ou fièvre | |
| <input type="checkbox"/> Transpiration ou bouffées de chaleur | |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | |
| <input type="checkbox"/> Nausées et/ou vomissements | |
| <input type="checkbox"/> Constipation et/ou diarrhée | |
| <input type="checkbox"/> Reflux gastrique | |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | |
| <input type="checkbox"/> Bouche sèche | |
| <input type="checkbox"/> Maux de bouche | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de déglutition | |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'appétit | |
| <input type="checkbox"/> Perte du goût | |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'odorat | |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | |
| <input type="checkbox"/> Gonflements (œdème) | |
| <input type="checkbox"/> Incontinence (fuites urinaires) | |
| <input type="checkbox"/> Perte de cheveux | |
| <input type="checkbox"/> Cicatrisation difficile | |
| <input type="checkbox"/> Peau sèche, douloureuse ou démangeaisons, éruption cutanée | |



-
- Problèmes de vision
 - Problèmes d'audition
 - Problèmes d'élocution (difficulté à prononcer ou à trouver ses mots)
 - Problèmes de voix (voix rauque, perte de voix, etc.)
 - Problèmes de libido
 - Difficultés ou pertes de mémoire
 - Problèmes de concentration
 - Manque d'énergie
 - Fatigue ou épuisement
 - Sentiments d'agitation et/ou de nervosité
 - Changements d'humeur
 - Peur/anxiété
 - Sentiment d'abattement ou de déprime
 - Stress
 - Colère/agressivité
 - Sentiments extrêmes de bonheur (euphorie)
 - Sentiment d'abandon
 - Tristesse
 - Irritabilité

6 Recours et accessibilité aux soins de santé

Q 6.1 Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il des soins pour votre [problème de santé] que vous n'avez pas obtenus alors que vous en auriez eu besoin ?

Oui
 Non
 Je ne sais pas



Il peut s'agir d'un traitement, d'une consultation, d'analyses médicales, de rééducation, ou autre.

Q 6.2	<p>Si oui, pour quelle raison principale ? (plusieurs réponses possibles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distance entre le domicile et le lieu de soins <input type="checkbox"/> Problème de transport (pas de transport en commun à proximité, pas de véhicule personnel, impossibilité de conduire votre propre véhicule, personne pour vous emmener sur le lieu de vos soins) <input type="checkbox"/> Manque de personnel compétent pour vous administrer les soins dont vous avez besoin <input type="checkbox"/> Délais d'attente très longs <input type="checkbox"/> Difficultés pour payer les soins <input type="checkbox"/> Peur des examens médicaux, de l'hôpital ou autre <input type="checkbox"/> Manque de temps à cause du travail, des soins aux enfants ou aux autres <input type="checkbox"/> Manque d'information <input type="checkbox"/> Autre 		
Q 6.3	<p>Avec quel(s) prestataire(s) de soins avez-vous été en contact dans le cadre de votre <i>[problème de santé]</i> ? Indiquez dans quelle mesure vous êtes ou vous avez été satisfait(e) de leurs services. (plusieurs réponses possibles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Équipe du service des urgences <input type="checkbox"/> Équipe d'un centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier à domicile <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Logopède <input type="checkbox"/> Assistant social <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>Cardiologue</i> <input type="radio"/> <i>Pneumologue</i> <input type="radio"/> <i>Gastro-entérologue</i> <input type="radio"/> <i>Rhumatologue</i> <input type="radio"/> <i>Spécialiste en médecine physique et réadaptation</i> <input type="radio"/> <i>Neurologue</i> 	<p>Par réponse indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Très satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) 	<p>Liste à adapter en fonction du problème de santé considéré</p>



-
- Psychiatre*
 - Spécialiste des maladies infectieuses*
 - Interniste général (médecine interne générale)*
 - Gériatre*
 - Pédiatre*
 - Spécialiste nez-gorge-oreille (ORL)*
 - Ophtalmologue*
 - Dermatologue*
 - Autre

7 Traitements liés à votre [problème de santé]

Q 7.1	Prenez-vous (ou avez-vous pris) un traitement pour votre [problème de santé] ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Q 7.2	Si oui, lesquels et avec quel degré de satisfaction ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Médicament(s) sur ordonnance <input type="checkbox"/> Médicament(s) sans ordonnance <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale	Par réponse indiquée : <input type="checkbox"/> Très satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)	Liste à adapter en fonction du problème de santé considéré
Q 7.3	Dans quelle mesure le ou les traitement(s) que vous recevez (ou avez reçu(s)) pour traiter votre [problème de santé] est/était-il pénible pour vous ?	<input type="checkbox"/> Extrêmement pénible <input type="checkbox"/> Très pénible <input type="checkbox"/> Assez pénible <input type="checkbox"/> Pas du tout pénible <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		Uniquement pour les patients ayant répondu qu'ils avaient un ou plusieurs traitements
Q 7.4	Si extrêmement pénible, très pénible et assez pénible : Pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> A cause des effets indésirables <input type="checkbox"/> Parce que cela m'oblige/m'obligeait à m'occuper constamment de ma maladie/de mon traitement <input type="checkbox"/> Parce que cela exige/exigeait une discipline de vie très stricte (horaires, hygiène...)		



		<input type="checkbox"/> Parce que je suis ce(s) traitement(s) depuis longtemps <input type="checkbox"/> Autre		
Q 7.5	Avez-vous ressenti des effets indésirables lors du traitement de votre [problème de santé] ? Indiquez dans quelle mesure chacun d'entre eux sont/étaient dérangeants. (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Nausées et/ou vomissements <input type="checkbox"/> Constipation et/ou diarrhée <input type="checkbox"/> Fatigue ou épuisement	Par réponse indiquée :	<input type="checkbox"/> Très dérangeant <input type="checkbox"/> Assez dérangeant <input type="checkbox"/> Pas très dérangeant <input type="checkbox"/> Pas dérangeant du tout
8	Informations sur votre [problème de santé]			
Q 8.1	Les explications que vous avez reçues de la part de vos soignants au sujet de votre [problème de santé] et du traitement étaient :	<input type="checkbox"/> Très claires <input type="checkbox"/> Raisonnабlement claires <input type="checkbox"/> Pas très claires <input type="checkbox"/> Pas claires du tout <input type="checkbox"/> Je n'ai pas reçu suffisamment d'informations pour me prononcer <input type="checkbox"/> Je n'ai reçu aucune information <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Q 8.2	Avez-vous cherché /demandé des informations supplémentaires sur votre [problème de santé] ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Q 8.3	Si oui, quelle(s) information(s) ? Indiquez votre degré de satisfaction par rapport aux informations cherchées/trouvées. (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Votre problème de santé <input type="checkbox"/> La manière dont votre diagnostic a été posé <input type="checkbox"/> L'évolution de votre état de santé <input type="checkbox"/> Les possibilités de traitement <input type="checkbox"/> Les essais cliniques liés à votre traitement <input type="checkbox"/> Le coût du traitement et les frais à votre charge (ce qui n'est pas remboursé par votre mutuelle) <input type="checkbox"/> Le lieu où le traitement est possible <input type="checkbox"/> Les droits des patients	Par réponse indiquée :	<input type="checkbox"/> Très satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e) <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)



-
- L'accès à vos propres données
 - Les associations de patients
 - Les aides disponibles
 - Le retour à domicile et les aménagements possibles (ou logement alternatif)
 - L'accompagnement, le soutien psychologique, le coaching
 - L'éducation thérapeutique (éduquer le patient pour lui apprendre à faire face à son problème de santé et à son traitement ; cela inclut la sensibilisation, l'information, le soutien psychosocial, etc.)
 - Les droits des aidants proches
 - Autre

Q 8.4	Souhaitez-vous ou auriez-vous souhaité être davantage impliqué(e) dans les choix relatifs à votre/vos traitement(s) pour le <i>[problème de santé]</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
-------	--	--

9 Conséquences financières

Q 9.1	Votre <i>[problème de santé]</i> a-t-il (eu) des répercussions financières?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
-------	---	---

Q 9.2	Si oui, quel genre de répercussions ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Perte ou absence de revenu <input type="checkbox"/> Perte ou absence d'emploi <input type="checkbox"/> Frais médicaux <input type="checkbox"/> Autre
-------	---	--

10 Réseau d'aide autour de vous

Q 10.1	Avez-vous (eu) parfois besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne suite à votre <i>[problème de santé]</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q 10.2	Indiquez de quel(s) type(s) d'aide vous avez (eu) besoin. (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Hygiène corporelle <input type="checkbox"/> Habillage <input type="checkbox"/> Déplacements <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Autre
Q 10.3	Qui vous fournit/vous a fourni cette aide ?	<input type="checkbox"/> Un aidant proche <input type="checkbox"/> Un aidant professionnel <input type="checkbox"/> Je ne suis/n'étais pas aidé(e)
Q 10.4	À cause du <i>[problème de santé]</i> , avez-vous (eu) besoin : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> De parler à d'autres patients atteints de <i>[problème de santé]</i> <input type="checkbox"/> De parler à des professionnels de santé <input type="checkbox"/> De parler d'autres choses que de vos problèmes de santé <input type="checkbox"/> D'une aide plus importante que celle que vous recevez actuellement <input type="checkbox"/> D'une aide administrative ou sociale <input type="checkbox"/> D'être accompagné(e) par quelqu'un au niveau spirituel ou religieux <input type="checkbox"/> Autre
Q 10.5	Avez-vous (eu) des difficultés à trouver quelqu'un de confiance à qui parler <i>du [problème de santé]</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je n'ai pas (eu) besoin d'une personne de confiance <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q 10.6	Souhaitez-vous nous faire part d'un ou plusieurs autres besoins importants que vous n'avez pas pu exprimer dans le questionnaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Q 10.7	Si oui, quel(s) est (sont) ce(s) besoin(s) ?	[champs ouvert]