



Questionnaire personnel

Ce questionnaire est à compléter par vos soins au stylo bille et en majuscule (une seule réponse par question). Une fois signé, il vous suffit de nous le retourner à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe.

Les informations portées sur ce document permettront au service **sophia** d'adapter l'accompagnement à vos besoins. Elles seront traitées de manière confidentielle, dans le seul cadre de **sophia**. Elles nous aideront également à mesurer l'efficacité du service et à le faire évoluer.

Votre santé

1 COMMENT EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ EN GÉNÉRAL ?

Très mauvais Mauvais Assez bon Bon Très bon

2 COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE QUALITÉ DE VIE AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE ?

(Cochez la réponse qui vous semble la plus juste)

TRÈS MAUVAISE ▶ 1 2 3 4 5 6 7 ◀ EXCELLENTE

3 À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS APPRIS QUE VOUS AVIEZ DU DIABÈTE ? ans

4 ACTUELLEMENT, ÊTES-VOUS ?

Pris en charge dans un réseau de santé : Oui Non

Adhérent à une maison du diabète : Oui Non

Membre d'une association de patients diabétiques : Oui Non

5 AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ? Oui Non

6 AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE, ENCORE APPELÉE HBA1C ?

Oui Non

7 EST-CE QUE VOUS ÊTES SUIVI RÉGULIÈREMENT PAR UN DIABÉTOLOGUE ? Oui Non

8 EST-CE QUE VOUS UTILISEZ UN APPAREIL D'AUTO-MESURE GLYCÉMIQUE ? Oui Non

9 AVEZ-VOUS EU RECOURS À UN SERVICE D'URGENCES POUR UN MOTIF EN RAPPORT AVEC VOTRE DIABÈTE DANS LES 12 DERNIERS MOIS ? Oui Non Ne Sait Pas

10 AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS FAIT UNE HYPOGLYCÉMIE SÉVÈRE* ?

*Hypoglycémie au cours de laquelle vous avez eu besoin de l'aide d'une autre personne pour remonter votre taux de sucre

fois

Votre quotidien

11 ACTUELLEMENT, VOUS VIVEZ :

Dans un appartement ou dans une maison

Au domicile de vos enfants, ou d'un membre de votre famille

Dans une maison de retraite

Autre, à préciser :

12 EST-CE QUE VOUS VIVEZ SEUL(E) ? Oui Non

