

QUESTIONNAIRE DE SUIVI

L'objectif de ce questionnaire est de vous aider à préparer votre prochaine consultation. Il pourra également être utilisé lors d'un suivi téléphonique afin de prendre de vos nouvelles. Ce questionnaire sera conservé dans votre dossier.

Date :

PNEUMOLOGUE :

Coordonnées du patient et de l'aidant :

PATIENT	AIDANT
Nom :	Nom :
e-mail :
Profession :	Lien de parenté :
→ Retraite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées :
Environnement (maison, appartement, caravane, autre) :
→ Précisez si maison ou appartement à étage :
Personnes vivant au foyer :	Personne de confiance
.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....	
.....	
.....	

Votre maladie

1. Que savez-vous de votre maladie ?

2. Quelles sont vos sources d'informations ?

3. Quelles informations avez-vous reçues sur les traitements ?

Vos habitudes de vie :

1. Comment vous sentez-vous en ce moment ?

2. Pratiquez-vous de l'activité physique régulièrement ? (jardinage, ménage, marche, gymnastique, vélo, autres...) Oui Non

→ Si OUI, lesquelles ?

Depuis la dernière consultation, ressentez-vous plus de difficultés à la pratiquer ? Oui Non

→ Si OUI, lesquelles ?

3. Ressentez-vous un essoufflement ? Oui Non

→ Si OUI, précisez à quel moment (effort intense ou non) ?

4. Quels sont vos autres loisirs et activités journalières ?

5. Quels sont vos moyens de déplacement au quotidien ?

6. Etes-vous sous oxygène ? Oui Non

→ Si OUI, précisez :

Appareil : Débit :

Nom Prestataire :

7. Dormez-vous bien ? Oui Non

→ Si NON, précisez précisez la gêne rencontrée et la date de survenue :

8. Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ? Oui Non

→ Si OUI, lesquelles et pourquoi ?

Taille :

Poids :

IMC :

9. Avez-vous des soutiens (famille, amis, pharmacien, médecin généraliste, association patients/aidants, autres) ? Oui Non

→ Si OUI, lesquels ?

→ Si NON, en ressentez-vous le besoin ?

Votre traitement :

Nom de la molécule : Posologie actuelle :

Posologie actuelle	Effets secondaires		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Modification de dose : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Description :	Fréquence :	Solution :
	1.	1.	1.
Oubli : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2.	2.	2.
Arrêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3.	3.	3.

7. Est-ce que les conseils donnés la dernière fois vous ont permis de mieux gérer les effets secondaires cités ? Oui Non

Autres observations :

1. Avez-vous des questions à poser à l'infirmière ? Oui Non

→ Si OUI, lesquelles ?

2. Souhaitez-vous aborder d'autres sujets ?

→ Si OUI, lesquels ? Oui Non

**VOTRE PROCHAIN
RENDEZ-VOUS :**

/ /

Consultation HDJ Suivi téléphonique

Ce document a été réalisé grâce à un collectif d'infirmiers impliqués dans la FPI et le soutien de Roche.