



Questionnaire à remplir 6 mois après votre inscription au service LMCoach

Vous êtes inscrit(e) au service d'accompagnement LMCoach depuis 6 mois ! Afin d'évaluer la qualité de notre service d'accompagnement, nous vous demandons de remplir les questionnaires ci-dessous de manière anonyme.

Vous pourrez alors glisser ce document dans la dernière enveloppe qui se trouve à l'intérieur de votre dossier LMCoach.

Votre numéro de téléphone mobile :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Questionnaire de qualité de vie

	Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1.	Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2.	Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3.	Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4.	Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5.	Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller au WC ?	1	2	3	4
6.	Êtes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7.	Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
	Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8.	Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9.	Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10.	Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11.	Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4

12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomit ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé(e) ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
17. Avez-vous eu des diarrhées ?	1	2	3	4
18. Êtes-vous fatigué(e) ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation.

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

Questionnaire d'observance (Morisky 8 questions)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos comprimés contre la LMC ? | Oui | Non |
| 2. Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris votre médicament contre la LMC ? | Oui | Non |
| 3. Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments contre la LMC sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ? | Oui | Non |
| 4. Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments contre la LMC ? | Oui | Non |
| 5. Avez-vous pris vos médicaments contre la LMC hier ? | Oui | Non |
| 6. Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ? | Oui | Non |
| 7. Le fait de devoir prendre des médicaments contre la LMC, tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait d'avoir à respecter un traitement contre la LMC ? | Oui | Non |
| 8. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments contre la LMC ? | | |

Jamais

Tout le Temps

Parfois

Régulièrement

De temps en Temps

Questionnaire d'évaluation du service LMCoach

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Etes-vous globalement satisfait(e) de ce service ?	1	2	3	4
2. Ce service a-t-il facilité la gestion de vos rendez-vous médicaux ?	1	2	3	4
3. Les messages sont-ils faciles à comprendre ?	1	2	3	4
4. Les messages sont-ils intéressants ?	1	2	3	4
5. Les messages sont-ils adaptés à votre état de santé ?	1	2	3	4
6. Recommanderiez-vous ce service à un ami ?	1	2	3	4

www.lmcoach.org

Un projet d'accompagnement conçu et développé par l'association de patients LMC France



Observia (opérateur e-santé, qui héberge la plateforme technique) est référencé CNIL et bénéficie d'un hébergement de santé agréé. Il assurera la confidentialité de vos données patients.

Avril 2017