

## Evaluation des soins lors de maladies chroniques

Rester en bonne santé peut être difficile lorsque l'on a une maladie chronique. Nous aimerions savoir quel type d'aide vous recevez de votre équipe soignante pour votre maladie. Cela peut inclure votre médecin traitant, son infirmier/ère ou son assistante médicale. Vos réponses seront traitées de manière confidentielle et ne seront pas partagées avec des tiers.

### Au cours des 6 derniers mois, lorsque j'ai reçu des soins pour ma maladie chronique:

	<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Quelquefois</u>	<u>Très souvent</u>	<u>Toujours</u>
1. On m'a demandé mon avis lors de l'élaboration du plan de traitement.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. On m'a proposé diverses options de traitement auxquelles réfléchir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. On m'a demandé de parler de tout problème lié à mes médicaments ou à leurs effets.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. On m'a donné une liste écrite des choses que je devrais faire pour améliorer ma santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. J'étais satisfait(e) de l'organisation des soins.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. On m'a expliqué en quoi la manière dont je m'occupe de ma maladie influençait mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. On m'a demandé de parler des objectifs que je vise pour prendre soin de mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. On m'a aidé(e) à établir des objectifs personnels pour améliorer mon alimentation ou mon activité physique.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. On m'a donné un exemplaire de mon plan de traitement.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. On m'a encouragé(e) à participer à un groupe ou à un cours pour m'aider à gérer ma maladie chronique.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. On m'a posé des questions sur mes habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. J'étais certain(e) que mon médecin ou mon infirmier(ère) tenait compte de mes valeurs et traditions lorsqu'ils me recommandaient des traitements.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. On m'a aidé à établir un plan de traitement adapté à ma vie quotidienne.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Au cours des 6 derniers mois, lorsque j'ai reçu des soins médicaux pour mon diabète:**

	<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Quelquefois</u>	<u>Très souvent</u>	<u>Toujours</u>
14. On m'a aidé(e) à m'organiser pour être en mesure de prendre soin de mon état de santé même dans les moments difficiles.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. On m'a demandé comment ma maladie chronique affecte ma vie.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. On m'a contacté(e) après une consultation pour voir comment les choses allaient.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17. On m'a encouragé(e) à participer aux programmes organisés localement, qui pourraient m'aider.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18. On m'a adressé à un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) ou un(e) autre professionnel de la santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19. On m'a expliqué comment mes consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuaient à mon traitement.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20. On m'a demandé comment se déroulaient mes consultations avec d'autres médecins.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
21. On m'a demandé quels aspects de ma maladie je souhaitais aborder lors de cette consultation.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22. On m'a demandé comment mon travail, ma famille ou ma situation sociale influençait/jouait un rôle dans la prise en charge de ma maladie.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
23. On m'a aidé(e) à m'organiser pour obtenir le soutien de mes amis, de ma famille, ou de ma communauté.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
24. On m'a dit combien mes efforts pour prendre soin de ma maladie (p.ex. activité physique) étaient importants pour ma santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
25. On a fixé ensemble un objectif pour ce que je pouvais faire pour gérer mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
26. On m'a donné un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès que je fais.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>