

Questionnaire patient – sophrologie en visio



NOM : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse postale : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse Mail : Cliquez ici pour taper du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître et à mieux comprendre vos attentes envers la sophrologie afin de répondre au mieux à votre demande. Il n’y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. **Que faites-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ? (loisirs, soins du corps, sports, partager un moment avec des ami(e)s/de la famille, faire des projets professionnels/personnels, s’inscrire à une activité, se remémorer des souvenirs agréables, acheter quelque chose qui vous fait plaisir, faire un bon repas...etc.)**

Cliquez ici pour taper du texte.

2. **Avez-vous l’habitude de prendre du temps pour prendre soin de votre corps ?**

Oui

Non

Si oui, que faites-vous pour cela ?

Cliquez ici pour taper du texte.

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

Cliquez ici pour taper du texte.

3. **Parlez-vous facilement de votre maladie ?**

Oui

Non

Ne sais pas

Lorsque vous le faites, qu’avez-vous besoin d’exprimer (votre stress, vos symptômes, les efforts au quotidien que cela vous demande...etc.) ?

Cliquez ici pour taper du texte.

Si vous n'avez pas l'habitude de parler de votre maladie, pouvez-vous dire pourquoi ? (« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les choses pour moi », « j'ai des difficultés à m'exprimer à ce sujet même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres »...etc.)

Cliquez ici pour taper du texte.

4. Comment pourriez-vous définir votre rapport à la maladie (plusieurs réponses possibles) ?

- Je lutte contre elle
- Je fais comme si la maladie n'est pas là plupart du temps
- Je cherche à trouver ce qu'elle peut amener de positif dans ma vie
- Je suis en colère contre ce qui m'arrive
- Je participe activement à mes soins, au réaménagement de mon quotidien, je fais des projets
- Je me dis que mes symptômes ne sont pas si graves, que ça ira mieux
- Je pense que ma maladie m'empêche d'être autonome physiquement (logement, déplacement dans les rendez-vous...)
- Je pense avoir plus besoin de soutien moral pour réussir les choses, prendre des décisions qu'auparavant
- Je pense que je ne peux rien faire pour l'empêcher d'évoluer
- Je recherche toutes choses qui peuvent m'aider à me sentir mieux
- Tout tourne autour de ma maladie
- Je m'investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques
- Autre (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte.

5. Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions ?

- Jamais
- Rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

Si vous n'avez pas l'habitude d'exprimer vos émotions, pouvez-vous dire pourquoi ? (« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les émotions pour moi », « j'ai des difficultés à les exprimer devant quelqu'un même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres », « je préfère avoir des émotions quand je suis seul(e) et que personne ne me regarde », « je ne sais pas à qui les exprimer », « je pourrais paraître faible »...etc.)

Cliquez ici pour taper du texte.

6. Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?

- Jamais
- Rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent
- En permanence

7. Diriez-vous que vous êtes quelqu'un qui sait se reposer ?

Oui Non Ne sais pas

Pourquoi ?

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

8. Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?

Oui Non

Ne sais pas (il m'est difficile de faire la différence entre les symptômes du stress et ceux de la SEP)

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

Contractions musculaires Douleurs dans la poitrine Troubles du sommeil
 Diarrhée Envies d'uriner très fréquente Démangeaisons
 Trouble de la concentration Mal de tête Mal de ventre
 Autres (précisez) : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

9. Avez-vous des difficultés cognitives (liées à la mémoire, à la concentration...etc.) ?

Oui Non

Si oui, lesquelles (plusieurs réponses possibles) ?

Se concentrer longtemps sur la même tâche (lecture, ordinateur, travail...etc.)
 Etre obligé de relire plusieurs fois la même chose pour se rappeler du sujet/de l'histoire
 Décrocher pendant une activité
 Perdre le fil d'une conversation
 Se rappeler les rendez-vous
 Avoir du mal à répartir les choses à faire dans le temps
 Se sentir tout le temps ralenti/avoir la sensation que les informations sont données trop rapidement
 Autres (précisez) : [Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.](#)

10. Avez-vous déjà pratiqué la sophrologie ou des disciplines apparentées (yoga, qi gong, tai chi chuan, mindfulness...etc.)

Oui Non

Si oui, quel(s) effet(s) aviez-vous ressenti ?

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

11. Pratiquez-vous la sophrologie aujourd'hui ?

Oui

Non

12. Pratiquez-vous une autre technique de méditation/relaxation aujourd'hui ?

Oui

Non

Si oui, laquelle et quand ? : Cliquez ici pour taper du texte.

13. Pratiquez-vous d'autre(s) activité(s) de santé ou de loisir aujourd'hui ?

Oui

Non

Si oui, la(les)quelle(s) et quand ? : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

14. Vous est-il difficile de garder plusieurs minutes certaines positions (plusieurs réponses possibles) ?

Il m'est difficile de rester debout plus de quelques minutes

Il m'est difficile de garder l'équilibre sur un sol mou (ex : tapis de relaxation)

Il m'est difficile de garder l'équilibre en station debout si j'ai les yeux fermés

Il m'est difficile de rester assis sur une chaise de manière prolongée

Il m'est difficile de changer de position seul(e) (ex : me relever sans aide, m'asseoir par terre)

15. Utilisez-vous dans votre quotidien une aide pour vous déplacer ?

Non

Canne, béquille(s), bâtons de marche

Déambulateur

Fauteuil manuel

Fauteuil à assistance électrique

Fauteuil électrique

Autres (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte.

16. Si vous étiez pris dans le parcours de 8 séances proposé par le Réseau Rhône-Alpes SEP, vous sentez-vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?

Oui

Non

17. Disposez-vous à votre domicile d'un ordinateur ou d'une tablette pour suivre ces cours en visio ?

Oui

Non

Si oui, votre webcam est-elle fonctionnelle ?

Oui

Non

Si oui, votre micro et vos hauts parleurs sont-ils fonctionnels ?

Oui

Non

Si oui, êtes-vous à l'aise avec ces outils ?

Oui

Non

Si, non pourquoi ? [Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.](#)

18. Avez-vous eu l'occasion d'utiliser des logiciels de visio ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ? [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

19. Avez-vous une préférence parmi les deux créneaux horaires proposés ?:

Les jeudis à 17h

Les samedis à 10h30

Les deux me conviennent

20. Si vous aviez le choix souhaiteriez-vous que ces groupes se déroulent de préférence:

En présentiel

En visio

Les deux me conviennent

Pourquoi ? : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

(pour rappel le cabinet de la sophrologue est à la croix rousse, 69004 Lyon)

Merci de votre participation