

Questionnaire patient



NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Numéro de téléphone :

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.)**

.....
.....
.....

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

Oui Non

Si oui, que faites-vous pour cela ?

.....

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....

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.) ?

.....

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 », « il n'y a rien à en dire », « je ne sais pas à qui en parler », « on ne me comprendrait pas »...etc.)

.....
.....
.....

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) :

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.)

.....
.....
.....

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 ?

.....
.....

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 sclérose en plaques)

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

- Contractions musculaires Douleurs dans la poitrine Troubles du sommeil
 Diarrhée Envies d'uriner très fréquentes Démangeaisons
 Trouble de la concentration Mal de tête Mal de ventre
 Autres (précisez) :

9. 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 ?

.....
.....
.....

10. Pratiquez-vous la sophrologie aujourd'hui ?

- Oui Non

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

Oui Non

Si oui, laquelle ? :

12. 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)

13. 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) :

14. 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

15. 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

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

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Merci de votre participation