**Questionnaire patient**



**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 faîtes-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.

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

Oui Non

**Si oui, que faîtes-vous pour cela ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **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.

1. **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.

1. **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 paraitre faible »…etc.)***

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?**

Jamais Rarement Quelquefois Souvent

Très souvent En permanence

1. **Diriez-vous que vous êtes quelqu’un qui sait se reposer ?**

Oui Non Ne sais pas

**Pourquoi ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **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.

1. **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 obliger 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.

1. **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.

1. **Pratiquez-vous la sophrologie aujourd’hui ?**

Oui Non

1. **Pratiquez-vous une autre technique de méditation/relaxation aujourd’hui ?**

Oui Non

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

1. **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.

1. **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)

1. **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.

1. **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

1. **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.

1. **Avez-vous eu l’occasion d’utiliser des logiciels de visio ?**

Oui Non

Si oui, lesquels ?Cliquez ici pour taper du texte.

**Merci de votre participation**