**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**