

# ComPaRe

Questionnaires de suivi général



ComPaRe  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

01 Suivi annuel .....	p.03
02 Vie avec la maladie .....	p.15
02B Symptômes .....	p.23
03 Fardeau du traitement .....	p.28
04 Niveau de vie .....	p.39
05 Santé des femmes .....	p.46
06 Qualité de vie .....	p.57
07 Activité physique .....	p.65
08 Moral .....	p.77
09 Sommeil .....	p.85
10 Observance au traitement .....	p.95

Compare  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



## Suivi annuel

QST\_0383

PGP\_02497

### Page 1

#### Introduction

Q\_009693 [intro]

Type de question : ZONE D'INFO

Comme tous les ans, nous mettons à jour plusieurs informations que vous avez fournies lors de votre inscription à Nous Patients : Vos traitements non médicamenteux Vos handicaps éventuels Votre poids et votre taille Votre consommation de tabac et d'alcool Votre situation familiale Votre situation professionnelle et vos diplômes Compléter ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

Q\_009694 [info\_MAJ2]

Type de question : ZONE D'INFO

N'oubliez pas de mettre à jour votre dossier de santé concernant : vos maladies, vos traitements médicamenteux, vos évènements de santé et hospitalisations éventuels des 12 derniers mois. Pour cela, cliquez sur l'onglet « DOSSIER SANTE » pour le mettre à jour.

Q\_009695 [info2]

Type de question : ZONE D'INFO

Vous pouvez consulter vos réponses précédentes en allant dans le menu « QUESTIONNAIRE », rubrique « Questionnaires terminés ».

Q\_009696 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

PGP\_02498

**Page 2**

**Vos traitements non médicamenteux**

Q\_009697 [trt\_HDJ\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, suivez-vous un traitement en hôpital de jour (radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, photothérapie...)?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009698 [precis\_trt\_HDJ\_M12]

Type de question : TEXTE

Lequel ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009697 = Oui

Q\_009699 [porteur\_app\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, êtes-vous porteur(se) d'un appareillage ou d'un dispositif médical (pacemaker, prothèse, appareillage pour le Syndrome d'Apnée du Sommeil, poche urinaire, poche de stomie...)?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009700 [precis\_appareil\_M12]

Type de question : TEXTE

Lequel ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009699 = Oui

Q\_009701 [pg\_reeduc\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, suivez-vous un programme de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, réentraînement à l'effort...)?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009702 [precis\_pg\_reeduc\_M12]

Type de question : TEXTE

Lequel ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009701 = Oui

Q\_009703 [conseil\_med\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, suivez-vous des conseils hygiéno-diététiques recommandés par un médecin (régime alimentaire limité en sel, en sucre, en graisse..., activité physique...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009704 [precis\_conseil\_med\_M12]

Type de question : TEXTE

Lesquel ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009703 = Oui

Q\_009705 [PEC\_nonmed\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, suivez-vous une autre prise en charge non médicamenteuse (psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, acupuncture...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009706 [precis\_PEC\_nonmed\_M12]

Type de question : TEXTE

Laquelle ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009705 = Oui

PGP\_02499

Page 3

### Vos handicaps

Q\_009707 [nvx\_handicap\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Depuis les 12 derniers mois, souffrez-vous d'un nouvel handicap permanent ?

- 1 - Non, je n'ai aucun nouvel handicap
- 2 - Oui, j'ai un nouvel handicap moteur, sensoriel, cognitif ou mental

Obligatoire

Q\_009708 [handicap\_M12]

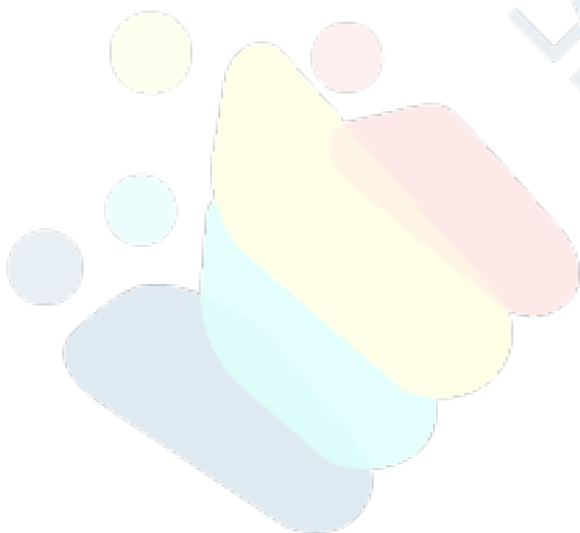
Type de question : CASE A COCHER

De quel type de handicap s'agit-il ?

- 1 - Handicap moteur (amputation, difficulté à bouger un membre, paralysie...)
- 2 - Handicap sensoriel (cécité, malvoyance, surdité, hypoesthésie...)
- 3 - Handicap cognitif (troubles de la mémoire, de l'attention, dyslexie...)
- 4 - Handicap mental

Obligatoire

S'affiche si Q\_009707 = Oui, j'ai un nouvel handicap moteur, sensoriel, cognitif ou mental



PGP\_02500

**Page 4**

**Votre poids et votre taille**

Q\_009710 [taille\_M12]

Type de question : NOMBRE

Quelle est votre taille actuelle (en cm) ?

Obligatoire

Borne min : 90.0

Borne max : 250.0

Nb décimales : 0

Unité : cm

Q\_009709 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Nous aimerions connaître l'évolution de votre poids et de votre taille depuis votre inscription à Nous Patients. En effet, le poids et la taille peuvent être liés à l'évolution de certaines maladies chroniques. Si vous possédez le matériel nécessaire, nous vous recommandons de vous peser et de vous mesurer avant de compléter cette question. Sinon, merci de noter le résultat des dernières mesures que vous avez réalisées.

Q\_009711 [poids\_M12]

Type de question : NOMBRE

Quel est votre poids actuel (en kg) ?

Obligatoire

Borne min : 25.0

Borne max : 300.0

Nb décimales : 0

Unité : kg

PGP\_02501

**Page 5**

**Votre consommation de tabac et d'alcool**

Q\_009712 [chgmt\_statut\_tabac]

Type de question : BOUTON RADIO

Depuis un an, votre statut tabagique a-t-il changé (début d'une consommation de tabac, arrêt ou reprise) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009713 [statut\_tabac\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Aujourd'hui, quel est votre statut tabagique ?

- 1 - Je fume quotidiennement
- 2 - Je fume occasionnellement
- 3 - J'ai arrêté de fumer

Obligatoire

S'affiche si Q\_009712 = Oui

Q\_009714 [freq\_alcool\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- 1 - Jamais
- 2 - Une fois par mois
- 3 - 2 à 4 fois par mois
- 4 - 2 ou 3 fois par semaine
- 5 - 4 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_009715 [nb\_verre\_ini]

Type de question : NOMBRE

Combien de verres standards buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

Quand vous buvez un demi de bière, un ballon de vin, une coupe de champagne ou encore une dose de whisky ou de pastis, vous consommez pratiquement la même quantité d'alcool pur. C'est ce qu'on appelle une unité d'alcool. Toutes les boissons alcoolisées standard ci-dessus contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes).

Obligatoire

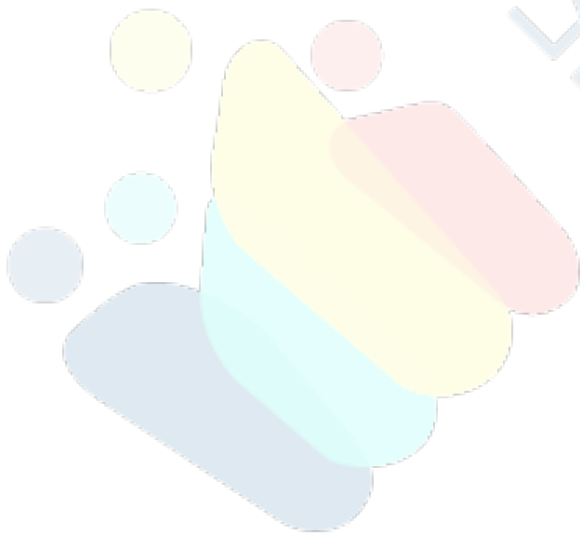
Borne min : 1.0

Borne max : 99.0

Nb décimales : 1

Unité : Boisson(s) standard





COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02502

**Page 6**

**Votre situation familiale**

Q\_009716 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Votre situation familiale a peut-être changé depuis l'année passée.

Q\_009717 [statut\_marital\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement êtes-vous ?

- 1 - Marié(e)
- 2 - En couple (concubinage, PACS)
- 3 - Divorcé(e)
- 4 - Veuf(ve)
- 5 - Célibataire

Obligatoire

Q\_009718 [nb\_ad\_foyer\_M12]

Type de question : NOMBRE

Combien de personnes vivent régulièrement dans votre foyer (y compris vous-même) ?

Nombre d'adultes (18 ans et plus)

Obligatoire

Borne min : 1.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : adulte(s)

Q\_009719 [nb\_enf\_foyer\_M12]

Type de question : NOMBRE

Nombre d'enfants (moins de 18 ans)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : enfant(s)

PGP\_02503

Page 7

**Votre situation professionnelle et niveau d'études**

Q\_009720 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Votre situation professionnelle et votre niveau d'études ont peut-être changé depuis l'année passée.

Q\_009721 [situation\_emploi\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement quelle est votre situation principale par rapport à l'emploi ?

- 1 - Occupe un emploi
- 2 - Chômeur(se) indemnisé(e) ou non
- 3 - Allocataire du RSA
- 4 - En formation (lycéen(e), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e))
- 5 - Retraité(e), pré-retraité(e)
- 6 - Au foyer
- 7 - En invalidité / en longue maladie
- 8 - Autre

Obligatoire

Q\_009722 [chgnt\_profession]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous changé de profession depuis un an ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

S'affiche si Q\_009721 = Occupe un emploi

Q\_009723 [nom\_prof\_actu\_M12]

Type de question : TEXTE

Actuellement, quelle est votre profession principale ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_009722 = Oui

Q\_009724 [nvx\_diplome\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Cette année, avez-vous obtenu un nouveau diplôme ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_009725 [diplome\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

De quel diplôme s'agit-il ?

À jour au 02/04/19

- 1 - Certificat de formation générale (CFG), certificat d'étude primaire, diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des collèges)
- 2 - Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou Brevet d'études professionnelles (BEP)
- 3 - Baccalauréat ou diplôme équivalent
- 4 - Diplôme de niveau Bac+2 (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales...)
- 5 - Diplôme de second ou troisième cycle universitaire (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat) ou diplômes de grandes écoles
- 6 - Autre diplôme

Obligatoire

S'affiche si Q\_009724 = Oui

Q\_009726 [precis\_autre\_diplome\_M12]

Type de question : TEXTE

Précisez :

Obligatoire

S'affiche si Q\_009725 = Autre diplôme

COMPARÉ  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02504

**Page 8**

**Commentaires**

**Q\_009727 [commentaires\_suivi\_M12]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

**Q\_009728 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel.

**Q\_009729 [info\_MAJ2]**

Type de question : ZONE D'INFO

N'oubliez pas de mettre à jour votre dossier de santé concernant : vos maladies, vos traitements médicamenteux, vos évènements de santé et hospitalisations éventuels des 12 derniers mois. Pour cela, après avoir validé votre questionnaire, cliquez sur l'onglet « DOSSIER SANTE » pour le mettre à jour.



## Votre vie avec la maladie

QST\_0312

PGP\_01897

### Page 1

#### Questionnaire 2 sur 3

##### Q\_006300 [Introduction]

Type de question : ZONE D'INFO

Pour améliorer la prise en charge des patients, il est nécessaire que les médecins et chercheurs comprennent mieux la vie et les perspectives des patients. Cependant, ces sujets ne sont généralement pas abordés lors des consultations médicales. Dans ce questionnaire, nous aimerions que vous nous parliez de votre vie en tant que patient, des difficultés que vous pouvez rencontrer et des idées que vous pourriez avoir pour améliorer votre prise en charge. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

##### Q\_006301 [info contact]

Type de question : ZONE D'INFO

N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire, via la rubrique Contact de votre espace personnel.



PGP\_01898

**Page 2**

**Votre quotidien avec la maladie**

Q\_006302 [quotidien\_ini]

Type de question : TEXTE

Racontez-nous votre quotidien avec votre (vos) maladie(s). N'hésitez pas à écrire tout ce qui vous semble important. Toutes vos réponses seront prises en compte par notre équipe. Si vous ne souhaitez pas répondre, vous pouvez passer cette question (question non obligatoire).

comparé  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_01899

**Page 3**

**Obstacles dans la prise en charge**

Q\_006303 [pb\_PEC\_ini]

Type de question : TEXTE

Quels problèmes ou obstacles rencontrez-vous (ou avez-vous rencontrés) lors de la prise en charge de cette (ces) maladie(s) ? N'hésitez pas à écrire tout ce qui vous semble important. Toutes vos réponses seront prises en compte par notre équipe. Si vous ne souhaitez pas répondre, vous pouvez passer cette question (question non obligatoire).

Compara  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE





PGP\_01900

**Page 4**

**Que changeriez-vous ?**

Q\_006304 [chgt\_PEC\_ini]

Type de question : TEXTE

Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre prise en charge, afin qu'elle soit plus facile et/ou acceptable ? N'hésitez pas à écrire tout ce qui vous semble important. Toutes vos réponses seront prises en compte par notre équipe. Si vous ne souhaitez pas répondre, vous pouvez passer cette question (question non obligatoire).

comparo  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_01901

**Page 5**

**Votre vie avec la maladie**

**Q\_006305 [facteurs\_aide\_contrainte]**

Type de question : TABLEAU

Pour vous, les facteurs suivants sont-ils plutôt une aide ou une contrainte dans votre vie avec la maladie ? (Vous pouvez cocher les deux cases)

Ma famille
Mon entourage (amis, voisins...)
Mon travail
Mes ressources financières
Mon niveau d'éducation
Mes traitements (médicamenteux ou non)
Mon alimentation
Mon activité physique en général

**Q\_006306 [Aide\_contrainte\_ini]**

Type de question : CASE A COCHER

- 1 - Aide
- 2 - Contrainte
- 3 - Non concerné(e)

**Obligatoire**

**Q\_006307 [facteur\_pk\_ini]**

Type de question : TEXTE

Précisez vos réponses si vous le souhaitez :

PGP\_01902

**Page 6**

**Vos symptômes**

**Q\_006308 [Symptome1\_ini]**

Type de question : TEXTE

Nous souhaiterions savoir quels symptômes vous gênent le plus au quotidien et quel est l'impact de votre maladie sur vos activités et votre bien-être. Choisissez un ou deux symptômes (physiques ou mentaux) qui vous gênent le plus. Notez-les dans le cadre. Prenez en considération la gêne occasionnée par chaque symptôme, au cours de la semaine passée, et sélectionnez le chiffre qui lui correspond le mieux.

Symptôme 1 :

**Obligatoire**

**Q\_006309 [gene\_symptome1\_ini]**

Type de question : BOUTON RADIO

Gêne occasionnée par le symptôme 1 :

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

**Obligatoire**

**Q\_006310 [Symptome2\_ini]**

Type de question : TEXTE

Symptôme 2 :

**Q\_006311 [gene\_symptome2\_ini]**

Type de question : BOUTON RADIO

Gêne occasionnée par le symptôme 2 :

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

**Q\_006312 [activite\_diff\_ini]**

Type de question : TEXTE

Choisissez maintenant une activité (physique, sociale ou mentale) importante à vos yeux que vous n'avez pas pu réaliser ou que vous avez difficilement réalisée à cause de votre problème de santé.

Activité :

Obligatoire

Q\_006313 [gravite\_gene\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Évaluez la gravité de la gêne occasionnée, au cours de la semaine passée.

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

Obligatoire

Q\_006314 [sent\_gal\_bienetre\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Comment évalueriez-vous votre sentiment général de bien-être au cours de la semaine passée sur une échelle de 0 à 6 ?

- 1 - 0 = Le mieux qui soit
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Le pire qui puisse être

Obligatoire

Q\_006315 [temps\_sympt1\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Depuis combien de temps le symptôme 1 se manifeste-t-il, que ce soit en permanence ou par intermittence ?

- 1 - 0 à 4 semaines
- 2 - 4 à 12 semaines
- 3 - 3 mois à 1 an
- 4 - 1 à 5 ans
- 5 - plus de 5 ans

Obligatoire

PGP\_01903

**Page 7**

**Commentaires**

**Q\_006316 [commentaires\_vie\_maladie\_ini]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel).

**Q\_006317 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

Vous pouvez maintenant valider votre questionnaire. Rappel : La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Après validation si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel. Merci !



## Vos symptômes

QST\_0385

PGP\_02512

### Page 1

## Vos symptômes

Q\_009755 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Choisissez un ou deux symptômes (physiques ou mentaux) qui vous gênent le plus. Notez-le(s) dans le(s) cadre(s). Prenez en considération la gêne occasionnée par chaque symptôme, au cours de la semaine passée, et sélectionnez le chiffre qui lui correspond le mieux. Si vous avez plusieurs maladies, merci de répondre aux questions de manière globale en prenant en compte l'ensemble de vos maladies.

Q\_009756 [Symptome1\_M12]

Type de question : TEXTE

Symptôme 1 :

Obligatoire

Q\_009757 [gene\_symptome1\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Gêne occasionnée par le symptôme 1 :

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

Obligatoire

Q\_009758 [Symptome2\_M12]

Type de question : TEXTE

Symptôme 2 :

Q\_009759 [gene\_symptome2\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Gêne occasionnée par le symptôme 2 :

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

**Q\_009760 [activite\_diff\_M12]**

Type de question : TEXTE

Choisissez maintenant une activité (physique, sociale ou mentale) importante à vos yeux que vous n'avez pas pu réaliser ou que vous avez difficilement réalisée à cause de votre problème de santé.

Activité :

Obligatoire

**Q\_009761 [gravite\_gene\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Évaluez la gravité de la gêne occasionnée, au cours de la semaine passée.

- 1 - 0 = Pas du tout gênant
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Extrêmement gênant

Obligatoire

**Q\_009762 [sent\_gal\_bienetre\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Comment évalueriez-vous votre sentiment général de bien-être, au cours de la semaine passée ?

- 1 - 0 = Le mieux qui soit
- 2 - 1
- 3 - 2
- 4 - 3
- 5 - 4
- 6 - 5
- 7 - 6 = Le pire qui puisse être

Obligatoire

**Q\_009763 [temps\_sympt1\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Depuis combien de temps le symptôme 1 se manifeste-t-il, que ce soit en permanence ou par intermittence ?

- 1 - 0 à 4 semaines
- 2 - 4 à 12 semaines
- 3 - 3 mois à 1 an
- 4 - 1 à 5 ans
- 5 - plus de 5 ans

Obligatoire

PGP\_02513

**Page 2**

**Commentaires**

Q\_009764 [**commentaires\_symptome\_M12**]

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

Q\_009765 [**info\_validation**]

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02511

**Page 3**

**Introduction**

**Q\_009753 [Introduction]**

Type de question : ZONE D'INFO

Comme d'habitude, nous vous invitons à évaluer les symptômes qui vous gênent le plus. Si vous avez plusieurs maladies, merci de répondre aux questions de manière globale en prenant en compte l'ensemble de vos maladies. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Compléter ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

**Q\_009754 [Mode\_emploi]**

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.



## Fardeau du traitement

QST\_0384

PGP\_02505

### Page 1

#### Introduction

Q\_009730 [Intro]

Type de question : ZONE D'INFO

Comme d'habitude, nous vous invitons à évaluer votre fardeau du traitement. Le fardeau du traitement représente l'impact, sur votre vie, de tout ce que vous faites pour vous soigner (aller chez le médecin, faire des examens, prendre des médicaments tous les jours...). Compléter ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

Q\_009731 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.



PGP\_02506

**Page 2**

**Contraintes liées à la prise de vos médicaments**

**Q\_009732 [Info]**

Type de question : ZONE D'INFO

Concernant la prise de vos médicaments, comment évaluez-vous :

**Q\_009733 [contraintes\_sensorielle\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées au goût, à la forme, à la taille de vos comprimés et aux désagréments causés par vos injections (douleur, saignements, séquelles inesthétiques...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

**Q\_009734 [contraintes\_nbfois\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées au nombre de fois où vous devez prendre vos médicaments par jour ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

**Q\_009735 [contraintes\_effort\_oublie\_M12]**

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées aux efforts que vous devez faire pour ne pas oublier de prendre vos médicaments (vous organiser pour vos voyages, utiliser un pilulier...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)

- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

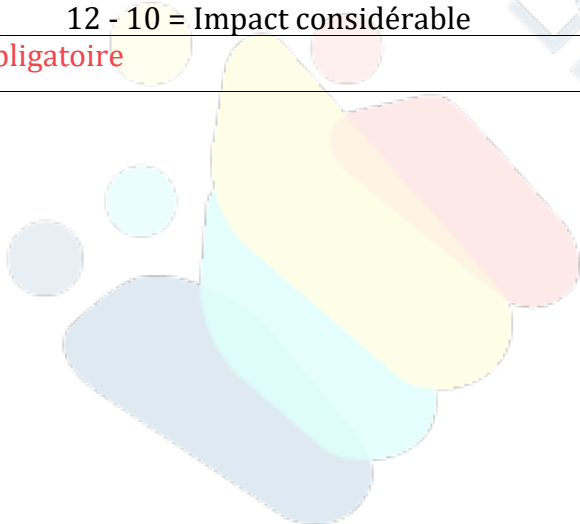
Q\_009736 [contraintes\_prec\_emploi\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées aux précautions d'emploi de vos médicaments (prendre les médicaments à un moment précis de la journée ou du repas, ne pas pouvoir faire certaines choses après les avoir pris, comme s'allonger ou conduire...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire



PGP\_02507

**Page 3**

**Contraintes liées à la surveillance de votre maladie**

Q\_009737 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Concernant la surveillance de votre maladie, comment évalueriez-vous :

Q\_009738 [contraintes\_exam\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées aux examens complémentaires (analyses de sang, examens de radiologie...) : nombre, temps consacré et pénibilité de ces examens ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009739 [contraintes\_surveil\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées à la surveillance que vous réalisez vous même (mesurer votre tension à domicile, faire des glycémies capillaires, tenir un carnet de suivi...) : fréquence, temps consacré et pénibilité de cette surveillance ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009740 [contraintes\_visites\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées aux visites chez vos médecins : nombre et temps consacré à ces consultations ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009741 [contraintes\_rel\_soignants\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées à vos relations avec les médecins ou autres soignants (ne pas se sentir suffisamment écouté(e) ou pris(e) au sérieux...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009742 [contraintes\_rdv\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes liées à la prise de rendez-vous médicaux (visites chez vos médecins, analyses de sang, autres examens...) et à l'organisation de votre emploi du temps à cause de ces rendez-vous ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

PGP\_02508

**Page 4**

**Autres contraintes**

Q\_009743 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Comment évalueriez-vous :

Q\_009744 [contraintes\_admin\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes administratives liées à votre maladie (formalités liées aux hospitalisations, aux remboursements par l'Assurance Maladie, aux démarches sociales...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009745 [contraintes\_finance\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes financières liées à la maladie (frais de prise en charge, traitements non remboursés...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009746 [contraintes\_regimes\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Comment évalueriez-vous les contraintes liées à votre régime (éviter certains aliments...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)

- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009747 [contraintes\_act\_phys\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Les contraintes que représentent les recommandations de vos médecins pour faire des activités physiques (marche, course, natation...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009748 [contraintes\_relation\_autres\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Quel impact votre traitement a-t-il sur vos relations avec les autres (avoir besoin d'être aidé(e) dans la vie de tous les jours, avoir honte de prendre vos médicaments...) ?

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

Q\_009749 [impact\_maladie\_M12]



Type de question : BOUTON RADIO

« Le fait de me soigner régulièrement me rappelle que je suis malade. »

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - 0 = Aucun impact
- 3 - 1
- 4 - 2
- 5 - 3
- 6 - 4
- 7 - 5
- 8 - 6
- 9 - 7
- 10 - 8
- 11 - 9
- 12 - 10 = Impact considérable

Obligatoire

COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02509

Page 5

**Votre opinion sur votre fardeau du traitement**

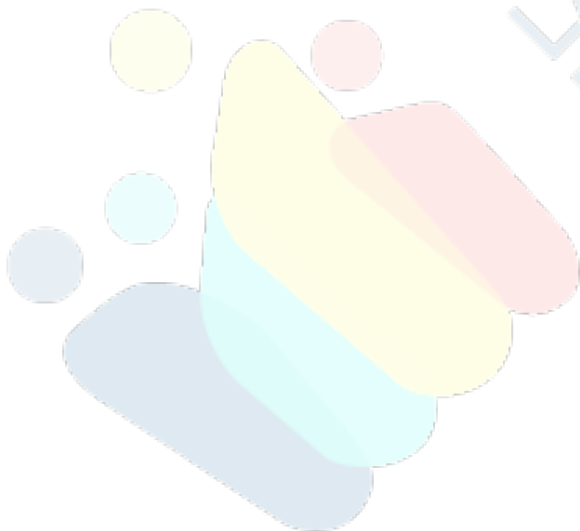
Q\_009750 [PABS\_M12]

Type de question : BOUTON RADIO

Se soigner est important pour la santé. Cependant, faire tout ce qu'il faut pour être en bonne santé (visites, examens, prise de médicaments, changements d'habitudes de vie etc.) peut parfois demander beaucoup de temps, d'efforts, d'argent, de sacrifices. Repensez à tout ce que vous faites pour vous soigner, au temps et à l'énergie que vous consacrez. Pensez-vous que vous pourriez continuer le même investissement de temps, d'énergie et d'argent toute votre vie ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02510

**Page 6**

**Commentaires**

**Q\_009751 [commentaires\_FDT\_M6]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

**Q\_009752 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

## Niveau de vie

QST\_0315

PGP\_01916

### Page 1

#### Introduction

##### Q\_006357 [Intro]

Type de question : ZONE D'INFO

Nous vous invitons à répondre à un court questionnaire sur votre niveau de vie. Votre niveau de vie ne se résume pas uniquement à votre situation financière mais prend également en compte votre environnement, les personnes qui vous entourent et votre situation professionnelle. Ce questionnaire est très important pour nos recherches car de nombreuses maladies, leur évolution et leur prise en charge sont liées au niveau de vie. Ce questionnaire comprendra 3 parties : Un questionnaire sur votre environnement socio-économique Une question unique portant sur votre perception de votre situation financière Une dernière partie vous permettant d'expliquer comment votre situation financière et votre environnement peuvent avoir un impact sur votre vie avec la maladie – Remplir ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

##### Q\_006358 [mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter via le formulaire de contact si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

PGP\_01917

**Page 2**

**Environnement socio-économique**

Q\_006359 [renc\_trav\_social]

Type de question : BOUTON RADIO

Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant(e) social(e)...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006360 [benef\_ass\_mal\_comp]

Type de question : BOUTON RADIO

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle, institut de prévoyance, assurance privée...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006361 [couple]

Type de question : BOUTON RADIO

Vivez-vous en couple ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006362 [proprietaire]

Type de question : BOUTON RADIO

Etes-vous propriétaire de votre logement ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006363 [diff\_financiere]

Type de question : BOUTON RADIO

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006364 [sport\_12mois]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

- 1 - Oui

- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006365 [spectacle\_12mois]

Type de question : BOUTON RADIO

Etes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois (théâtre, concert, cinéma...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006366 [vacances\_12mois]

Type de question : BOUTON RADIO

Etes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006367 [contact\_famille]

Type de question : BOUTON RADIO

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006368 [heberge\_difficulte]

Type de question : BOUTON RADIO

En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pourriez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_006369 [aide\_difficulte]

Type de question : BOUTON RADIO

En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pourriez compter pour vous apporter une aide matérielle (argent, équipement, nourriture...) ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

PGP\_01918

**Page 3**

**Votre perception de votre niveau de vie**

Q\_006370 [situation\_financiere]

Type de question : BOUTON RADIO

Pensez à votre situation financière, diriez-vous que vous êtes :

- 1 - Très à l'aise
- 2 - Plûtôt à l'aise
- 3 - A l'équilibre
- 4 - Un peu juste, je dois faire attention à mes finances
- 5 - C'est difficile
- 6 - Je suis obligé(e) de m'endetter pour m'en sortir

Obligatoire

COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_01919

**Page 4**

**Vous avez la parole**

Q\_006371 [**impact\_vie\_maladie**]

Type de question : TEXTE

Racontez-nous comment votre situation financière, sociale et professionnelle impacte votre vie avec la maladie. N'hésitez pas à écrire tout ce qui vous semble important. Toutes vos réponses seront prises en compte par notre équipe. Si vous ne souhaitez pas répondre, vous pouvez passer cette question (question non obligatoire).

comparé  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE





PGP\_01920

**Page 5**

**Commentaires**

**Q\_006372 [commentaires\_niveau\_vie]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via le formulaire de contact)

**Q\_006373 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



ComPaRe  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

## Santé des femmes

QST\_0374

PGP\_02382

### Page 1

#### Introduction

##### Q\_008881 [Intro\_Sante\_femmes]

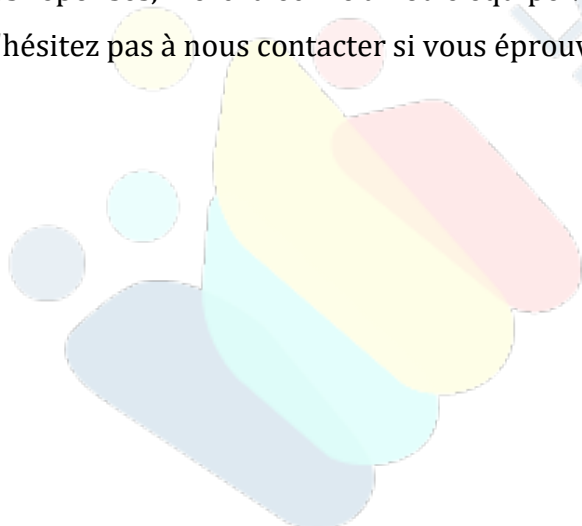
Type de question : ZONE D'INFO

Ce questionnaire porte sur votre santé en tant que femme, plus particulièrement au sujet : de vos règles, des moyens de contraception que vous utilisez, de vos grossesses, et de votre statut vis-à-vis de la ménopause. Vos antécédents gynécologiques sont des informations très importantes pour la recherche. En effet, ces éléments sont parfois des facteurs protecteurs ou de risque du développement de certaines maladies chroniques. Répondre à ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

##### Q\_008882 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.



PGP\_02383

**Page 2**

**Règles et cycles menstruels**

Q\_008883 [connais\_age\_regles\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous souvenez-vous de l'âge de vos premières règles ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je n'ai jamais eu de règles

Obligatoire

Q\_008884 [age\_regles\_ini]

Type de question : NOMBRE

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

Obligatoire

Borne min : 5.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : ans

S'affiche si Q\_008883 = Oui



PGP\_02384

**Page 3**

### Ménopause

Q\_008885 [menopause\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Etes-vous ménopausée ?

- 1 - Non
- 2 - Oui
- 3 - Péri-ménopause : règles irrégulières, bouffées de chaleur, sueurs et troubles de l'humeur
- 4 - Je ne sais pas

Obligatoire

Q\_008886 [age\_menopause]

Type de question : NOMBRE

A quel âge avez-vous été ménopausée ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 0

S'affiche si Q\_008885 = Oui

Q\_008887 [trait\_menopause\_ini]

Type de question : BOUTON RADIO

Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne sais pas

Obligatoire

S'affiche si Q\_008885 = Péri-ménopause : règles irrégulières, bouffées de chaleur, sueurs et troubles de l'humeur

S'affiche si Q\_008885 = Oui

Q\_008888 [type\_trait\_menopause\_ini]

Type de question : CASE A COCHER

Quel traitement prenez-vous pour la ménopause ? Plusieurs réponses possibles

- 1 - Traitement hormonal de la ménopause (THM)
- 2 - Traitement symptomatique non hormonal (vitamine E, homéopathie, phyto-œstrogène...)
- 3 - Autre
- 4 - Je ne sais pas

Obligatoire

S'affiche si Q\_008887 = Oui

Q\_008889 [precis\_trait\_menopause\_ini]

Type de question : TEXTE

Si autre, précisez :

Obligatoire

S'affiche si Q\_008888 = Autre

Q\_008890 [trt\_hormonal\_menopause]

Type de question : NOMBRE

Depuis combien de temps utilisez-vous le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM/THS) ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 300.0

Nb décimales : 0

Unité : mois

S'affiche si Q\_008888 = Traitement hormonal de la ménopause (THM)

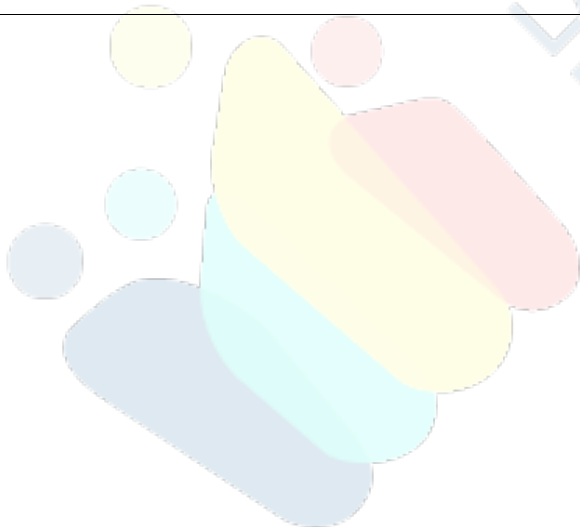
Q\_008891 [info\_DS]

Type de question : ZONE D'INFO

Si vous prenez un traitement hormonal de la ménopause, merci de vérifier que vous l'avez bien indiqué dans votre Dossier Santé et de l'ajouter si ce n'est pas le cas.

S'affiche si Q\_008887 = Oui

S'affiche si Q\_008885 = Péri-ménopause : règles irrégulières, bouffées de chaleur, sueurs et troubles de l'humeur



PGP\_02385

**Page 4**

**Contraception**

Q\_008892 [**contraception\_ini**]

Type de question : BOUTON RADIO

Actuellement, utilisez-vous un moyen de contraception ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne souhaite pas répondre

Obligatoire

Q\_008893 [**types\_contraception\_ini**]

Type de question : CASE A COCHER

Quel(s) moyen(s) de contraception utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 - Une contraception orale régulière (la pilule)
- 2 - Un stérilet (DIU : Dispositif intra-utérin)
- 3 - Le préservatif masculin
- 4 - Le préservatif féminin
- 5 - Un anneau contraceptif
- 6 - Un implant contraceptif
- 7 - Un spermicide sous forme d'ovule ou de crème
- 8 - Un diaphragme ou cape cervicale
- 9 - Une contraception d'urgence (pilule du lendemain)
- 10 - Méthode Ogino, des températures, coït interrompu
- 11 - Autre
- 12 - Je ne souhaite pas répondre

S'affiche si Q\_008892 = Oui

Q\_008894 [**precis\_autre\_contraception\_ini**]

Type de question : TEXTE

Précisez :

S'affiche si Q\_008893 = Autre

Q\_008895 [**duree\_pilule**]

Type de question : NOMBRE

Depuis combien de temps utilisez-vous la pilule contraceptive ?

Obligatoire

Borne min : 1.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : an(s)

S'affiche si Q\_008893 = Une contraception orale régulière (la pilule)

Q\_008896 [**duree\_sterilet**]

Type de question : NOMBRE

Depuis combien de temps utilisez-vous le stérilet ?

Obligatoire

Borne min : 1.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : an(s)

S'affiche si Q\_008893 = Un stérilet (DIU : Dispositif intra-utérin)

Q\_008897 [duree\_implant]

Type de question : NOMBRE

Depuis combien de temps utilisez-vous l'implant contraceptif ?

Obligatoire

Borne min : 1.0

Borne max : 50.0

Nb décimales : 0

Unité : an(s)

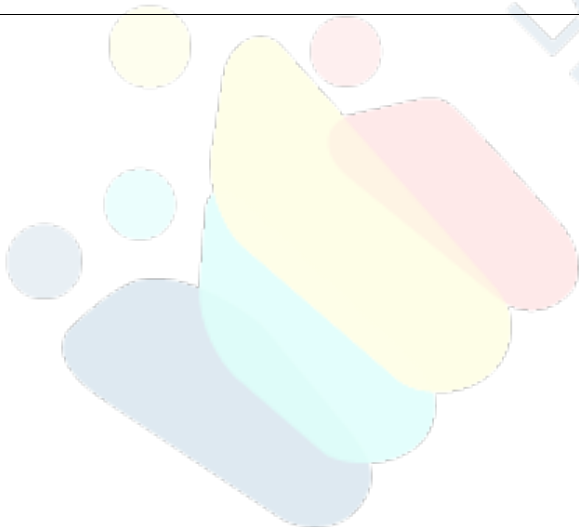
S'affiche si Q\_008893 = Un implant contraceptif

Q\_008898 [info\_DS]

Type de question : ZONE D'INFO

Si vous prenez une contraception orale régulière, merci de vérifier que vous l'avez bien indiqué dans votre Dossier Santé et de l'ajouter si ce n'est pas le cas.

S'affiche si Q\_008893 = Une contraception orale régulière (la pilule)



PGP\_02386

**Page 5**

**Grossesses**

Q\_008899 [**deja\_enceinte\_ini**]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous déjà été enceinte ? (si vous êtes enceinte actuellement répondez oui)

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_008900 [**grossesse\_actu\_ini**]

Type de question : BOUTON RADIO

Etes-vous actuellement enceinte ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne sais pas

Obligatoire

S'affiche si Q\_008885 <> Oui

S'affiche si Q\_008899 = Oui

Q\_008901 [**debut\_grossesse\_ini**]

Type de question : DATE

Quelle est la date de début de votre grossesse ? (échographie de datation ou une date approximative)

Obligatoire

S'affiche si Q\_008900 = Oui

Q\_008902 [**nb\_grossesses\_ini**]

Type de question : NOMBRE

Combien de fois avez-vous été enceinte (y compris si vous êtes enceinte actuellement) ?

Obligatoire

Borne min : 1.0

Borne max : 15.0

Nb décimales : 0

S'affiche si Q\_008899 = Oui

Q\_008903 [**nb\_enfts\_vivants\_ini**]

Type de question : NOMBRE

Combien avez-vous eu d'enfants (nés vivants) ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 15.0



Nb décimales : 0

S'affiche si Q\_008899 = Oui

Q\_008904 [allaitement]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous allaité au moins un enfant ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

S'affiche si Q\_008903 <> 0.0

Q\_008905 [Duree\_allaitement\_enf1]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 1er enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 1.0

Q\_008906 [Duree\_allaitement\_enf2]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 2ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 2.0

Q\_008907 [Duree\_allaitement\_enf3]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 3ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 3.0

Q\_008908 [Duree\_allaitement\_enf4]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 4ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 4.0

Q\_008909 [Duree\_allaitement\_enf5]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 5ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 5.0

Q\_008910 [Duree\_allaitement\_enf6]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 6ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 6.0

Q\_008911 [Duree\_allaitement\_enf7]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 7ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 7.0

Q\_008912 [Duree\_allaitement\_enf8]

Type de question : NOMBRE

Pendant combien de temps avez-vous allaité votre 8ème enfant ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 60.0

Nb décimales : 1

Unité : mois

S'affiche si Q\_008904 = Oui

S'affiche si Q\_008903 >= 8.0

Compare  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02387

**Page 6**

**Commentaires**

**Q\_008913 [com\_menopause]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

**Q\_008914 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



comparé  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

## Qualité de vie

QST\_0386

PGP\_02514

### Page 1

#### Introduction

##### Q\_009766 [Introduction]

Type de question : ZONE D'INFO

Comme chaque année, nous vous invitons à répondre à un court questionnaire pour évaluer l'impact de vos maladies ou traitements sur votre qualité de vie. Merci de répondre de manière globale en prenant en compte l'ensemble de vos maladies. Remplir de ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

##### Q\_009767 [mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter via le formulaire de contact si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



PGP\_02515

Page 2

**MOBILITE**

Q\_009768 [mobilité]

Type de question : BOUTON RADIO

Veillez cliquer sur UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

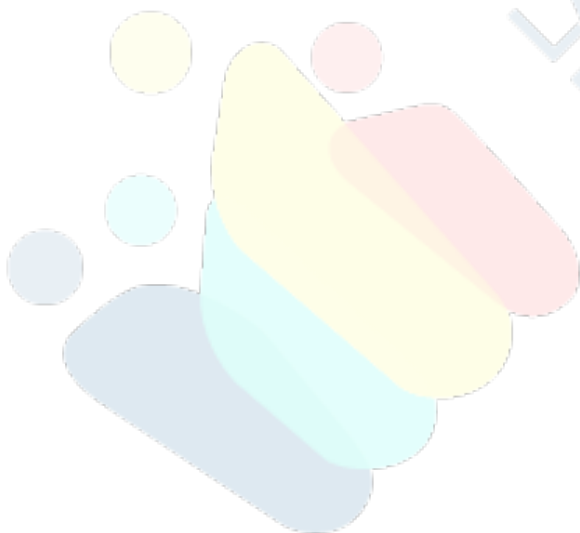
- 1 - Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- 2 - J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- 3 - J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- 4 - J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- 5 - Je suis incapable de me déplacer à pied

Obligatoire

Q\_009769 [Reference\_quest]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



Compara  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02516

Page 3

**AUTONOMIE DE LA PERSONNE**

Q\_009770 [autonomie\_pers]

Type de question : BOUTON RADIO

Veillez cliquer sur UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

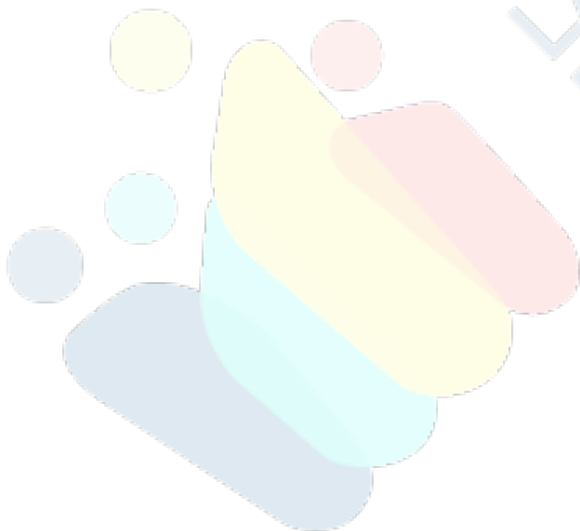
- 1 - Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 2 - J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 3 - J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 4 - J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 5 - Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Obbligatoire

Q\_009771 [Reference\_quest]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



PGP\_02517

Page 4

**ACTIVITES COURANTES (ex., travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)**

Q\_009772 [activite\_courante]

Type de question : BOUTON RADIO

Veillez cliquer sur UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

- 1 - Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- 2 - J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- 3 - J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- 4 - J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- 5 - Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Obligatoire

Q\_009773 [Reference\_quest]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation





PGP\_02518

Page 5

**DOULEUR/GENE**

Q\_009774 [**douleur\_gene**]

Type de question : BOUTON RADIO

Veillez cliquer sur UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

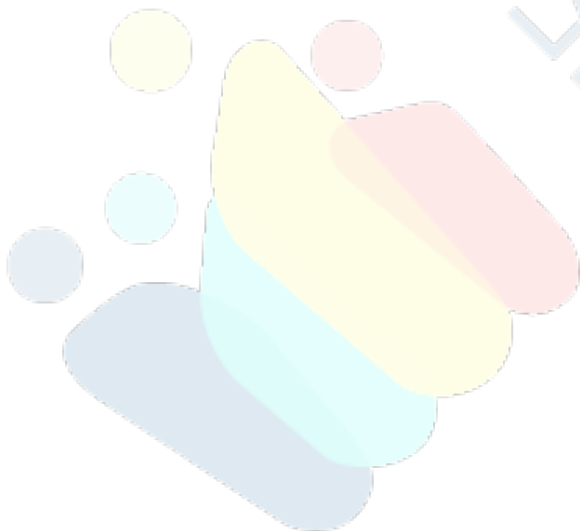
- 1 - Je n'ai ni douleur ni gêne
- 2 - J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- 3 - J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- 4 - J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- 5 - J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Obligatoire

Q\_009775 [**Reference\_quest**]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



Compara  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02519

Page 6

**ANXIETE/DEPRESSION**

Q\_009776 [anxiete\_depression]

Type de question : BOUTON RADIO

Veillez cliquer sur UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

- 1 - Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- 2 - Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 3 - Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- 4 - Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 5 - Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Obligatoire

Q\_009777 [Reference\_quest]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



PGP\_02520

Page 7

## EVALUATION DE VOTRE SANTE

Q\_009778 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 100. 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.

Q\_009779 [eval\_sante]

Type de question : NOMBRE

Veillez cliquer sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI. La meilleure santé que vous puissiez imaginer

La pire santé que vous puissiez imaginer

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 100.0

Cette question est affichée sous la forme d'un curseur.

Intervalle des valeurs : 1.0

Intervalle des graduations : 10

Q\_009780 [Reference\_quest]

Type de question : ZONE D'INFO

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



PGP\_02521

**Page 8**

**Commentaires**

**Q\_009781 [commentaires\_qualite\_vie]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

**Q\_009782 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

## Activité physique

QST\_0331

PGP\_02080

### Page 1

#### Introduction

Q\_007282 [intro]

Type de question : ZONE D'INFO

L'activité physique est une composante importante de la santé et est souvent recommandée dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques. Dans ce questionnaire, nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous faites dans votre vie quotidienne. Ces activités physiques peuvent être intenses ou modérées selon l'effort physique requis et son impact sur votre respiration. Cet effort étant variable d'une personne à une autre, c'est à vous de définir quelles activités étaient intenses ou modérées, selon votre ressenti. Les questions qui suivent portent sur : le temps que vous avez passé à être actif(ve) physiquement pendant la semaine dernière. Cela comprend les sept jours écoulés jusqu'à hier inclus (y compris le week-end). Cela inclut les activités que vous avez eues au travail ou à l'école, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements, ou encore pendant vos moments de détente ou de sport. le temps passé assis. Il est indicatif de votre niveau d'inactivité au cours de la journée. Ces questions vont permettre de mieux évaluer votre niveau global d'activité physique. Répondez à chacune de ces questions, même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Compléter ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

Q\_007283 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

PGP\_02081

**Page 2****Le temps consacré à des activités physiques intenses**

Q\_007284 [jour\_activite\_intense]

Type de question : BOUTON RADIO

Les activités physiques intenses regroupent les activités qui vous ont demandé un effort physique important et vous ont fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez aux moments où, par exemple, vous avez porté des charges lourdes, vous avez bêché votre jardin, vous avez fait du VTT, du football ou bien du step. Pour compter, pensez seulement aux activités que vous avez faites pendant au moins 10 minutes consécutives. Ne prenez pas en compte la marche car une question spécifique y est consacrée. Pendant la semaine dernière, y compris le week-end, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez eu ce type d'activités physiques intenses ?

- 0 - 0 jour
- 1 - 1 jour
- 2 - 2 jours
- 3 - 3 jours
- 4 - 4 jours
- 5 - 5 jours
- 6 - 6 jours
- 7 - 7 jours

Obligatoire

Q\_007285 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Maintenant pensez à l'un de ces jours de la semaine dernière où vous avez eu une ou des activités physiques intenses. Combien de temps y avez-vous passé ? Si vous avez pratiqué des activités physiques intenses au cours de plusieurs jours dans la semaine écoulée, indiquez le temps moyen par jour consacré à ce type d'activité. Si l'activité a duré moins d'une heure, mettez 0 heure (par exemple : 0 heure 45 minutes)

S'affiche si Q\_007284 &lt;&gt; 0 jour

Q\_007286 [temps\_moyen\_act\_int]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007287 [heure\_act\_int]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007288 [minute\_act\_int]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

S'affiche si Q\_007284 <> 0 jour

S'affiche si Q\_007289 <> Je ne sais pas

Q\_007289 [info\_tps\_passe\_atc\_int]

Type de question : CASE A COCHER

1 - Je ne sais pas

S'affiche si Q\_007284 <> 0 jour



PGP\_02082

**Page 3****Le temps consacré à des activités physiques modérées**

Q\_007290 [jour\_activite\_moderer]

Type de question : BOUTON RADIO

Les activités physiques modérées regroupent les activités qui vous ont demandé un effort physique modéré et vous ont fait respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez aux moments où par exemple, vous avez porté des charges légères (5-10kg), passé l'aspirateur, fait du bricolage, dansé, fait du vélo tranquillement ou du volley-ball. Pour compter, pensez seulement aux activités que vous avez faites pendant au moins 10 minutes consécutives. Ne prenez pas en compte la marche car une question spécifique y est consacrée. Pendant la semaine dernière, y compris le week-end, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez eu ce type d'activités physiques modérées ?

- 0 - 0 jour
- 1 - 1 jour
- 2 - 2 jours
- 3 - 3 jours
- 4 - 4 jours
- 5 - 5 jours
- 6 - 6 jours
- 7 - 7 jours

Obligatoire

Q\_007291 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Maintenant pensez à l'un de ces jours de la semaine dernière où vous avez eu une ou des activités physiques modérées. Combien de temps y avez-vous passé ? Si vous avez pratiqué des activités physiques modérées au cours de plusieurs jours dans la semaine écoulée et que les durées sont variables entre ces jours, indiquez un temps moyen par jour où vous avez eu ce type d'activité. Si l'activité a duré moins d'une heure, mettez 0 heure (par exemple : 0 heure 45 minutes)

S'affiche si Q\_007290 &lt;&gt; 0 jour

Q\_007292 [temps\_moyen\_act\_mod]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007293 [heure\_act\_int]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)



Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007294 [minute\_act\_int]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

S'affiche si Q\_007290 <> 0 jour

S'affiche si Q\_007295 <> Je ne sais pas

Q\_007295 [info\_tps\_passe\_atc\_mod]

Type de question : CASE A COCHER

1 - Je ne sais pas

S'affiche si Q\_007290 <> 0 jour



PGP\_02083

**Page 4****Le temps consacré à la marche**

Q\_007296 [jour\_activite\_marche]

Type de question : BOUTON RADIO

Cela comprend la marche au travail, à l'école ou à la maison, la marche pour vous déplacer d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous avez faite pour vous détendre, faire du sport, de l'exercice ou des loisirs. Pendant la semaine dernière, y compris le week-end, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes consécutives ?

- 0 - 0 jour
- 1 - 1 jour
- 2 - 2 jours
- 3 - 3 jours
- 4 - 4 jours
- 5 - 5 jours
- 6 - 6 jours
- 7 - 7 jours

Obligatoire

Q\_007297 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Maintenant pensez à l'un de ces jours de la semaine passée où vous avez marché. Combien de temps avez-vous marché ? Si vous avez marché plus de 10 minutes consécutives au cours de plusieurs jours dans la semaine écoulée et que les durées sont variables entre ces jours, indiquez un temps moyen par jour où vous avez marché. Si l'activité a duré moins d'une heure, mettez 0 heure (par exemple : 0 heure 45 minutes)

S'affiche si Q\_007296 &lt;&gt; 0 jour

Q\_007298 [temps\_moyen\_marche]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007299 [heure\_marche]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007300 [minute\_marche]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

S'affiche si Q\_007296 <> 0 jour

S'affiche si Q\_007301 <> Je ne sais pas

Q\_007301 [info\_tps\_passe\_marche]

Type de question : CASE A COCHER

1 - Je ne sais pas

S'affiche si Q\_007296 <> 0 jour



COMPARÉ  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02084

**Page 5****Le temps passé à être assis(e)**

Q\_007302 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Cette question porte sur le temps quotidien que vous avez passé assis(e) pendant la semaine dernière y compris au travail, à la maison, et pendant votre temps de loisir. Cela n'inclut pas les jours du week-end dernier. Cela comprend le temps passé assis(e) à un bureau, lorsque vous avez mangé, lorsque vous avez rendu visite à des amis, lorsque vous avez lu, voyagé dans les transports en commun ou dans votre voiture, ou lorsque vous étiez assis(e) ou allongé(e) pour regarder la télévision. Pendant un jour de la semaine dernière (sans tenir compte des jours du week-end), combien de temps êtes-vous resté(e) assis(e) ? Si le temps total resté assis varie selon les jours, indiquez un temps moyen par jour où vous êtes resté(e) assis(e). Si l'activité a duré moins d'une heure, mettez 0 heure (par exemple : 0 heure 45 minutes)

Q\_007303 [temps\_moyen\_assis]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007304 [heure\_assis]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007305 [minute\_assis]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

S'affiche si Q\_007306 <> Je ne sais pas

Q\_007306 [info\_tps\_passe\_assis]

Type de question : CASE A COCHER

- 1 - Je ne sais pas



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02085

**Page 6**

**Votre activité physique habituelle**

Q\_007307 [freq\_activite]

Type de question : BOUTON RADIO

L'activité physique que vous avez réalisée ces 7 derniers jours est peut-être différente de votre activité physique habituelle. Par rapport à d'habitude, diriez-vous que vous avez fait :

- 1 - Beaucoup plus d'activité physique
- 2 - Un peu plus d'activité physique
- 3 - Autant d'activité physique
- 4 - Un peu moins d'activité physique
- 5 - Beaucoup moins d'activité physique

Obligatoire

Q\_007308 [raison\_autant\_act]

Type de question : TEXTE

Pour quelle raison ?

Obligatoire

S'affiche si Q\_007307 <> Autant d'activité physique



PGP\_02086

**Page 7**

**Commentaires**

Q\_007309 [**commentaires\_activite\_physique**]

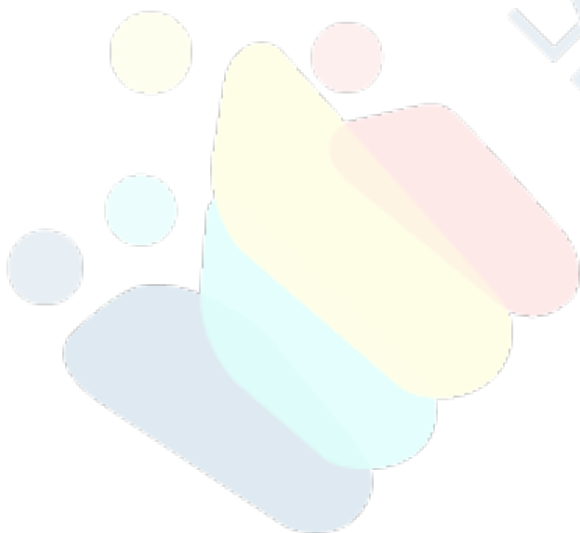
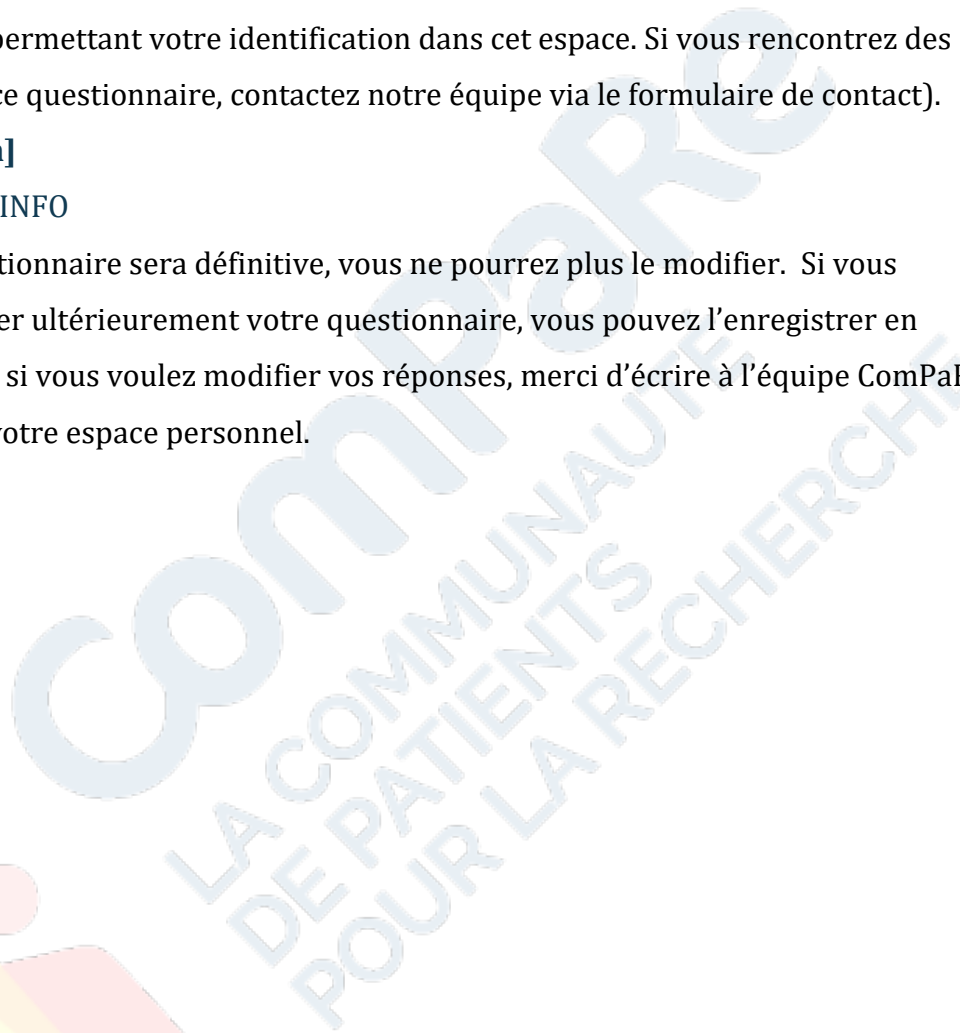
Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter par rapport à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via le formulaire de contact).

Q\_007310 [**info\_validation**]

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



**Moral**

QST\_0335

PGP\_02102

**Page 1**

## Introduction

### Q\_007397 [Intro]

Type de question : ZONE D'INFO

Nous vous invitons à répondre à un court questionnaire sur votre moral. C'est un questionnaire important car il permet d'étudier comment votre maladie influe sur votre bien-être psychologique, mais aussi comment votre humeur et votre moral peuvent agir sur l'évolution de votre maladie.

L'impact de la maladie sur le moral et l'anxiété est un aspect parfois négligé dans les études scientifiques et pourtant essentiel dans le quotidien des patients. C'est pourquoi vos réponses sont importantes et permettront, une fois encore, de faire avancer la recherche sur les maladies chroniques. Compléter ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

### Q\_007398 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.





PGP\_02103

**Page 2**

**Votre moral**

Q\_007399 [info]

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Q\_007400 [interet\_plaisir]

Type de question : BOUTON RADIO

Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007401 [triste\_deprime]

Type de question : BOUTON RADIO

Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007402 [sommeil]

Type de question : BOUTON RADIO

Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007403 [fatigue]

Type de question : BOUTON RADIO

Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007404 [appetit]

Type de question : BOUTON RADIO

Avoir peu d'appétit ou manger trop.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007405 [opinion\_soi]

Type de question : BOUTON RADIO

Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007406 [concentration]

Type de question : BOUTON RADIO

Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007407 [activite]

Type de question : BOUTON RADIO

Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude ?

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007408 [mourir\_mal]

Type de question : BOUTON RADIO

Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007409 [consequence\_pb]

Type de question : BOUTON RADIO

À jour au 02/04/19

Si vous êtes concerné(e) par au moins un des problèmes évoqués , à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s).

- 1 - Pas du tout difficile(s)
- 2 - Assez difficile(s)
- 3 - Très difficile(s)
- 4 - Extrêmement difficile(s)

**Obligatoire**

S'affiche si Q\_007400 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007401 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007402 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007403 <> LST\_0409\_1

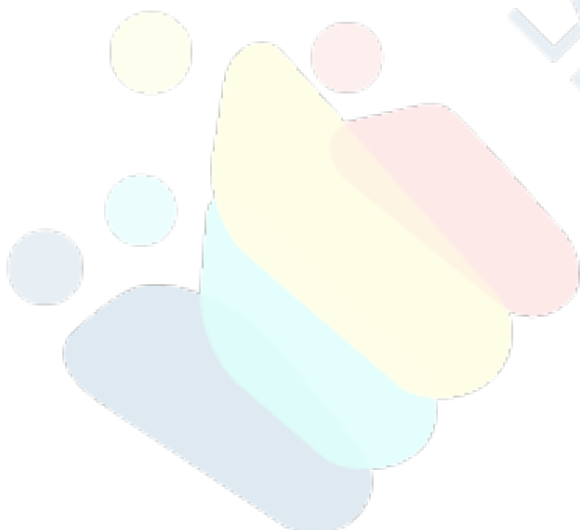
S'affiche si Q\_007404 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007405 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007406 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007407 <> LST\_0409\_1

S'affiche si Q\_007408 <> LST\_0409\_1



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02104

**Page 3**

**Anxiété**

**Q\_007410 [info]**

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

**Q\_007411 [nerveux]**

Type de question : BOUTON RADIO

Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

**Q\_007412 [inquiet]**

Type de question : BOUTON RADIO

Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

**Q\_007413 [inquiet\_exces]**

Type de question : BOUTON RADIO

Une inquiétude excessive à propos de différentes choses.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

**Q\_007414 [difficult\_detente]**

Type de question : BOUTON RADIO

Des difficultés à se détendre.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

**Q\_007415 [agitation]**

Type de question : BOUTON RADIO

À jour au 02/04/19

Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007416 [tendance\_contrarie]

Type de question : BOUTON RADIO

Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire

Q\_007417 [sentiment\_peur]

Type de question : BOUTON RADIO

Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire.

- 1 - Jamais
- 2 - Plusieurs jours
- 3 - Plus de la moitié du temps
- 4 - Presque tous les jours

Obligatoire



PGP\_02105

**Page 4**

**Vous avez la parole**

Q\_007418 [**impact\_moral**]

Type de question : TEXTE

Si vous le souhaitez, racontez nous comment votre ou vos maladie(s) chronique(s) impacte(nt) votre moral au quotidien, c'est-à-dire votre humeur, votre joie de vivre, vos relations avec les autres, vos espoirs, le plaisir de faire les choses...

compare  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02106

**Page 5**

**Commentaires**

Q\_007419 [commentaires\_moral]

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

Q\_007420 [info\_validation]

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



**Sommeil**

QST\_0336

PGP\_02107

**Page 1**

## Introduction

### Q\_007421 [Intro]

Type de question : ZONE D'INFO

Dans ce questionnaire, nous nous intéressons à la qualité et la durée de votre sommeil, et aux difficultés que vous rencontrez pour vous endormir. Nous aimerions étudier comment la qualité de votre sommeil peut influencer vos maladies, leur évolution et leur prise en charge. Compléter ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes.

### Q\_007422 [Mode\_emploi]

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

© 1989, University of Pittsburgh. All rights reserved. Translated in 2005, by Mapi Linguistic Validation under license and distributed by Mapi Research Trust under license.





PGP\_02108

**Page 2**

**Vos habitudes de sommeil**

Q\_007423 [intro\_habitude]

Type de question : ZONE D'INFO

Les questions suivantes portent sur vos habitudes de sommeil uniquement au cours des 30 derniers jours. Vos réponses doivent être aussi précises que possible et refléter la plupart des 30 derniers jours et nuits.

Q\_007424 [info\_tableau1]

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 30 derniers jours, à quelle heure vous êtes-vous généralement couché(e) le soir ? (A partir de midi, merci de noter les heures de 13 à 23. Par exemple, si vous vous couchez à dix heures et demie du soir, notez 22 heure(s) et 30 minute(s))

Obligatoire

Q\_007425 [heure\_couche\_tab]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007426 [heure\_couche]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007427 [min\_couche]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

**Q\_007428 [endormi\_min]**

Type de question : NOMBRE

Au cours des 30 derniers jours, au bout de combien de temps (en minutes) vous êtes-vous généralement endormi(e) le soir ?

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 180.0

Nb décimales : 0

Unité : minutes

**Q\_007429 [info\_tableau2]**

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 30 derniers jours, à quelle heure vous êtes-vous généralement levé(e) le matin ?

Obligatoire

**Q\_007430 [heure\_leve\_tab]**

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

**Q\_007431 [heure\_leve]**

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

**Q\_007432 [min\_leve]**

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

**Q\_007433 [info\_tableau3]**

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 30 derniers jours, combien d'heures avez-vous vraiment dormi par nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passées au lit)

Obligatoire

Q\_007434 [heure\_dors\_tab]

Type de question : TABLEAU

Heure(s)	Minute(s)

Q\_007435 [heure\_dors]

Type de question : NOMBRE

Heure(s)

Obligatoire

Borne min : 0.0

Borne max : 24.0

Nb décimales : 0

Unité : h

Q\_007436 [min\_dors]

Type de question : NOMBRE

Minute(s)

Borne min : 0.0

Borne max : 59.0

Nb décimales : 0

Unité : min

PGP\_02109

**Page 3**

**Vos difficultés à dormir**

Q\_007437 [intro\_difficulte]

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous eu des difficultés à dormir parce que...

Q\_007438 [endormir]

Type de question : BOUTON RADIO

vous n'êtes pas arrivé(e) à vous endormir en 30 minutes

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007439 [reveiller]

Type de question : BOUTON RADIO

vous vous êtes réveillé(e) au milieu de la nuit ou plus tôt que d'habitude

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007440 [lever\_toilettes]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007441 [mal\_respirer]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez eu du mal à respirer

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007442 [tousse\_ronfle]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez toussé ou ronflé bruyamment

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007443 [froid]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez eu trop froid

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007444 [chaud]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez eu trop chaud

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007445 [cauchemar]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez fait des cauchemars

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007446 [douleur]

Type de question : BOUTON RADIO

vous avez eu des douleurs

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

Obligatoire

Q\_007447 [diff\_dors]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous eu des difficultés à dormir pour d'autres raisons ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007448 [autre\_difficulte]

Type de question : TEXTE

Merci de les préciser :

S'affiche si Q\_007447 = Oui

Q\_007449 [freq\_difficulte\_dormir]

Type de question : BOUTON RADIO

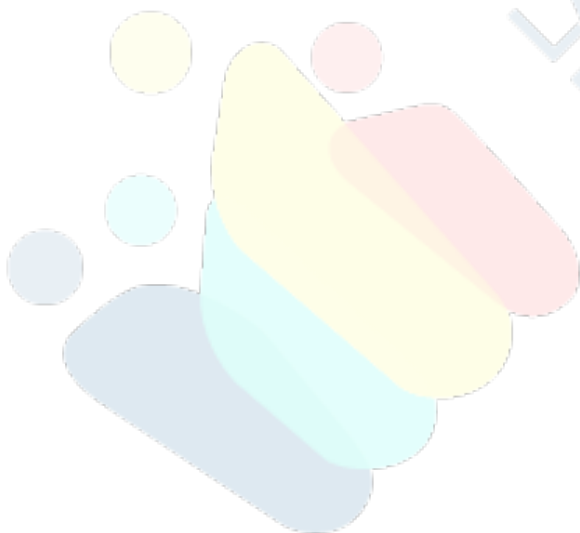
Combien de fois, au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à dormir pour les raisons que vous venez d'indiquer ?

© 1989, University of Pittsburgh. All rights reserved. Translated in 2005, by Mapi Linguistic

Validation under license and distributed by Mapi Research Trust under license.

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

S'affiche si Q\_007447 = Oui



PGP\_02110

**Page 4**

**La qualité de votre sommeil**

**Q\_007450 [intro\_qualite]**

Type de question : ZONE D'INFO

Au cours des 30 derniers jours ...

**Q\_007451 [qualite\_sommeil]**

Type de question : BOUTON RADIO

comment qualifieriez-vous la qualité de votre sommeil?

- 1 - Très bonne
- 2 - Assez bonne
- 3 - Assez mauvaise
- 4 - Très mauvaise

**Obligatoire**

**Q\_007452 [medicament\_dormir]**

Type de question : BOUTON RADIO

combien de fois avez-vous pris des médicaments pour mieux dormir (médicaments prescrits par votre médecin ou vendus sans ordonnance) ?

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

**Obligatoire**

**Q\_007453 [rester\_eveiller]**

Type de question : BOUTON RADIO

combien de fois avez-vous eu des difficultés à rester éveillé(e) en conduisant, en mangeant, ou en participant à des activités avec d'autres personnes ?

- 1 - Jamais au cours du dernier mois
- 2 - Moins d'1 fois par semaine
- 3 - 1 ou 2 fois par semaine
- 4 - 3 fois par semaine ou plus

**Obligatoire**

**Q\_007454 [diff\_motivation]**

Type de question : BOUTON RADIO

combien vous a-t-il été difficile d'être suffisamment motivé(e) pour mener à bien vos activités ?

© 1989, University of Pittsburgh. All rights reserved. Translated in 2005, by Mapi Linguistic

Validation under license and distributed by Mapi Research Trust under license.

- 1 - Pas difficile du tout
- 2 - Légèrement difficile
- 3 - Assez difficile
- 4 - Très difficile



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02111

**Page 5**

**Commentaires**

Q\_007455 [**commentaires\_sommeil**]

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

Q\_007456 [**info\_validation**]

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel.



**Médicaments : vos habitudes**

QST\_0344

PGP\_02170

**Page 1**

## **Introduction**

### **Q\_007719 [Introduction1]**

Type de question : ZONE D'INFO

Il arrive parfois que les patients adaptent les traitements qui leur ont été prescrit par leur(s) médecin(s). Ce questionnaire vise à comprendre comment vous prenez vos médicaments et adaptez les prescriptions de vos médecins. Ce questionnaire concerne uniquement les médicaments que vous devez prendre tous les jours. Pour chacun de vos médicaments, merci de répondre à chaque question en fonction de vos habitudes. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Si vous prenez quotidiennement plus de 6 médicaments, nous ne vous les demanderons pas tous ; choisissez les 6 plus importants selon vous. Si vous ne prenez aucun médicament de façon quotidienne, merci de répondre à la première question puis de valider le questionnaire. Compléter ce questionnaire vous prendra entre 5 et 15 minutes selon le nombre de médicaments que vous prenez tous les jours.

### **Q\_008012 [info\_MAJ2]**

Type de question : ZONE D'INFO

N'oubliez pas de mettre à jour votre dossier de santé concernant : vos maladies, vos traitements médicamenteux, vos évènements de santé et hospitalisations éventuels des 12 derniers mois. Pour cela, cliquez sur l'onglet « DOSSIER SANTE » pour le mettre à jour.

### **Q\_007720 [Mode\_emploi]**

Type de question : ZONE D'INFO

MODE D'EMPLOI - Chaque page du questionnaire sera enregistrée dès que vous passerez à la page suivante. - Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois. Pour cela, vous pouvez l'enregistrer en brouillon et revenir ultérieurement pour continuer de répondre et modifier les informations déjà saisies. - Pour que votre questionnaire soit enregistré définitivement, vous devez le compléter jusqu'à la dernière page puis le valider. - Vous avez jusqu'à la date limite indiquée sur votre tableau de bord pour valider votre questionnaire. - Après validation si vous souhaitez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique contact de votre espace personnel. N'hésitez pas à nous contacter si vous éprouvez des difficultés pour compléter votre questionnaire.

PGP\_02171

**Page 2**

**Médicament 1**

Q\_007721 [med1\_quotidien]

Type de question : BOUTON RADIO

Parmi vos médicaments actuels, prescrits par un médecin, y a-t-il au moins un médicament que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007722 [nom\_med1]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007723 [arret\_def\_med1]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007724 [saut\_prise\_jour\_med1]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007723 = Non

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007725 [non\_prise\_med1]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

**Obligatoire**

S'affiche si Q\_007723 = Non

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007726 [saut\_prise\_med1]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

**Obligatoire**

S'affiche si Q\_007723 = Non

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007727 [retard\_med1]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

**Obligatoire**

S'affiche si Q\_007723 = Non

S'affiche si Q\_007721 = Oui

Q\_007728 [Autre\_med2\_quot]

Type de question : BOUTON RADIO

Y a-t-il d'autres médicaments, prescrits par un médecin, que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

**Obligatoire**

S'affiche si Q\_007721 = Oui

PGP\_02172

**Page 3**

**Médicament 2**

Q\_007729 [nom\_med2]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

Q\_007730 [arret\_def\_med2]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007731 [saut\_prise\_jour\_med2]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007730 = Non

Q\_007732 [non\_prise\_med2]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007730 = Non

Q\_007733 [saut\_prise\_med2]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007730 = Non

Q\_007734 [retard\_med2]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

Obligatoire

S'affiche si Q\_007730 = Non

Q\_007735 [Autre\_med3\_quot]

Type de question : BOUTON RADIO

Y a-t-il d'autres médicaments, prescrits par un médecin, que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02173

**Page 4**

**Médicament 3**

Q\_007736 [nom\_med3]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

Q\_007737 [arret\_def\_med3]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007738 [saut\_prise\_jour\_med3]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007737 = Non

Q\_007739 [non\_prise\_med3]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007737 = Non

Q\_007740 [saut\_prise\_med3]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007737 = Non

Q\_007741 [retard\_med3]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

Obligatoire

S'affiche si Q\_007737 = Non

Q\_007742 [Autre\_med4\_quot]

Type de question : BOUTON RADIO

Y a-t-il d'autres médicaments, prescrits par un médecin, que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02174

**Page 5**

**Médicament 4**

Q\_007743 [nom\_med4]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

Q\_007744 [arret\_def\_med4]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007745 [saut\_prise\_jour\_med4]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007744 = Non

Q\_007746 [non\_prise\_med4]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007744 = Non

Q\_007747 [saut\_prise\_med4]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007744 = Non

Q\_007748 [retard\_med4]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

Obligatoire

S'affiche si Q\_007744 = Non

Q\_007749 [Autre\_med5\_quot]

Type de question : BOUTON RADIO

Y a-t-il d'autres médicaments, prescrits par un médecin, que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02175

**Page 6**

**Médicament 5**

Q\_007750 [nom\_med5]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

Q\_007751 [arret\_def\_med5]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007752 [saut\_prise\_jour\_med5]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007751 = Non

Q\_007753 [non\_prise\_med5]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007751 = Non

Q\_007754 [saut\_prise\_med5]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007751 = Non

Q\_007755 [retard\_med5]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

Obligatoire

S'affiche si Q\_007751 = Non

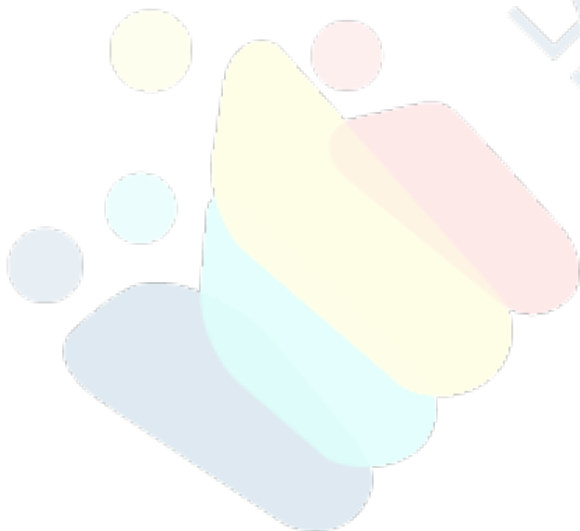
Q\_007756 [Autre\_med6\_quot]

Type de question : BOUTON RADIO

Y a-t-il d'autres médicaments, prescrits par un médecin, que vous devriez prendre tous les jours ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire



COMPARE  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02176

Page 7

**Médicament 6**

Q\_007757 [nom\_med6]

Type de question : TEXTE

Ecrivez le nom d'un médicament prescrit par votre médecin, que vous devriez prendre tous les jours :

Obligatoire

Q\_007758 [arret\_def\_med6]

Type de question : BOUTON RADIO

Avez-vous définitivement arrêté de prendre ce médicament ?

- 1 - Oui
- 2 - Non

Obligatoire

Q\_007759 [saut\_prise\_jour\_med6]

Type de question : BOUTON RADIO

Si vous devez prendre ce médicament plusieurs fois par jour, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 3 - Je ne dois prendre ce médicament qu'une seule fois par jour

Obligatoire

S'affiche si Q\_007758 = Non

Q\_007760 [non\_prise\_med6]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite ? (oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement...)

- 1 - Non, jamais ou 1 jour maximum
- 2 - Oui, parfois 2-3 jours de suite
- 3 - Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007758 = Non

Q\_007761 [saut\_prise\_med6]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de sauter une prise de ce médicament de temps en temps ? (oubli, pas envie de le prendre...)

- 1 - Non, jamais
- 2 - Oui, 1 à 2 fois par mois
- 3 - Oui, 1 fois par semaine ou plus

Obligatoire

S'affiche si Q\_007758 = Non

Q\_007762 [retard\_med6]

Type de question : BOUTON RADIO

Vous arrive-t-il de prendre votre médicament en retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 - Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
- 2 - Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
- 3 - Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure tous les jours

Obligatoire

S'affiche si Q\_007758 = Non



Compare  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE

PGP\_02177

**Page 8**

**Vous avez la parole !**

Q\_007763 [**Precisions\_observance**]

Type de question : TEXTE

Si vous le souhaitez, précisez-nous les raisons pour lesquelles vous avez modifié la prise votre traitement (saut d'une ou plusieurs prises, arrêt de médicament(s), changement du moment de la prise).

Q\_007764 [**adapt\_dose**]

Type de question : TEXTE

Adaptez-vous les doses prescrites de vos médicaments quotidiens ? Si oui, pour quels médicaments et quelles raisons ?

Compare  
LA COMMUNAUTÉ  
DE PATIENTS  
POUR LA RECHERCHE



PGP\_02178

**Page 9**

**Commentaires**

**Q\_007765 [commentaires\_observance]**

Type de question : TEXTE

Avez-vous des commentaires à apporter à vos réponses ? (Merci de ne pas mettre votre nom ou toute information permettant votre identification dans cet espace. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, contactez notre équipe via la rubrique Contact de votre espace personnel)

**Q\_007766 [Rappel\_dossier\_sante]**

Type de question : ZONE D'INFO

Après avoir validé ce questionnaire, pensez à vérifier que vos traitements médicamenteux sont bien à jour dans votre "DOSSIER DE SANTE".

**Q\_007767 [info\_validation]**

Type de question : ZONE D'INFO

La validation de votre questionnaire sera définitive, vous ne pourrez plus le modifier. Si vous souhaitez revenir et modifier ultérieurement votre questionnaire, vous pouvez l'enregistrer en brouillon. Après validation, si vous voulez modifier vos réponses, merci d'écrire à l'équipe ComPaRe via la rubrique Contact de votre espace personnel.

