

Questionnaire patient



NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse postale :
Adresse Mail :
Numéro de téléphone :

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

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

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

Oui Non

Si oui, que faites-vous pour cela ?

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

3. Parlez-vous facilement de votre maladie ?

Oui Non Ne sais pas

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

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

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

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

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

- Jamais
- Rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

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

6. Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent
 Très souvent En permanence

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

- Oui Non Ne sais pas

Pourquoi ?

8. Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?

- Oui Non
 Ne sais pas (il m'est difficile de faire la différence entre les symptômes du stress et ceux de la sclérose en plaques)

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

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

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

- Oui Non

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

10. Pratiquez-vous la sophrologie aujourd'hui ?

- Oui Non

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

- Il m'est difficile de rester debout plus de quelques minutes
- Il m'est difficile de garder l'équilibre sur un sol mou (ex : tapis de relaxation)
- Il m'est difficile de garder l'équilibre en station debout si j'ai les yeux fermés
- Il m'est difficile de rester assis sur une chaise de manière prolongée
- Il m'est difficile de changer de position seul(e) (ex: me relever sans aide, m'asseoir par terre)

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

- Non
- Canne, béquille(s), bâtons de marche
- Déambulateur
- Fauteuil manuel
- Fauteuil à assistance électrique
- Fauteuil électrique
- Autres (précisez) :

13. Si vous étiez pris dans le parcours de 12 séances proposé par le Réseau Rhône-Alpes SEP, vous sentez vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?

- Oui
- Non

14. Quels sont les horaires et journées (en semaine et les week-ends) où vous êtes retenus par des obligations (travail, loisirs ou personnelles) ?

Merci de votre participation