**Questionnaire patient – Groupe de parole**



**NOM :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse postale :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse Mail :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Numéro de téléphone :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de diagnostic de la maladie :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Forme de la maladie :** Cliquez ici pour taper du texte.

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

1. **Parlez-vous de votre maladie dans votre entourage ?**

[ ] Oui [ ] Non

**Si oui, qu’avez-vous besoin d’exprimer (stress, symptômes, les efforts au quotidien que cela vous demande…etc.) ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

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

Cliquez ici pour taper du texte.

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

[ ] Je lutte contre elle

[ ] Je fais comme si la maladie n’est pas là plupart du temps

[ ] Je cherche à trouver ce qu’elle peut amener de positif dans ma vie

[ ] Je suis en colère contre ce qui m’arrive

[ ] Je participe activement à mes soins, au réaménagement de mon quotidien, je fais des projets

[ ] Je me dis que mes symptômes ne sont pas si graves, que ça ira mieux

[ ] Je pense que ma maladie m’empêche d’être autonome physiquement (logement, déplacement dans les rendez-vous…)

[ ] Je pense avoir plus besoin de soutien moral pour réussir les choses, prendre des décisions qu’auparavant

[ ] Je pense que je ne peux rien faire pour l’empêcher d’évoluer

[ ] Je recherche toutes choses qui peuvent m’aider à me sentir mieux

[ ] Tout tourne autour de ma maladie

[ ] Je m’investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques

[ ] Autre (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte.

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

[ ] Jamais [ ] Rarement [ ] Quelquefois [ ] Souvent

[ ] Très souvent

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

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?**

[ ] Oui [ ] Non

[ ] Ne sais pas

**Si oui, le(s)quel(s) (plusieurs réponses possibles) ?**

[ ] Contractions musculaires [ ] Douleurs dans la poitrine [ ] Troubles du sommeil

[ ] Diarrhée [ ] Envies d’uriner très fréquentes [ ] Démangeaisons

[ ] Trouble de concentration [ ] Mal de tête [ ]  Mal de ventre

[ ]  Anxiété, Ruminations [ ]  « Déprime » [ ]  Fatigue/Epuisement

[ ]  Autres (précisez) :

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

[ ] Oui [ ] Non

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

Cliquez ici pour taper du texte.

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

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Avez-vous déjà participé à un groupe de parole ?**

[ ]  Oui [ ] Non

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

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Etes-vous inscrit dans un groupe aujourd’hui ?**

[ ] Oui [ ] Non

1. **Y a-t-il des thèmes que vous aimeriez aborder dans votre groupe ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Afin d’améliorer votre accueil au cabinet de psychologie:**

**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) : Cliquez ici pour taper du texte.

**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 rester assis sur une chaise de manière prolongée

**Pouvez-vous vous libérer pour assister aux séances proposées ?**

[ ]  Oui, le lundi à 17h [ ]  Oui, le jeudi à 17h30

[ ]  Les deux créneaux sont possibles pour moi

**Merci de votre participation**