



ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou entred@invs.sante.fr

DOSSIER PATIENT

Un médecin vous a-t-il dit que vous êtes diabétique ?

- 1 Oui
 2 Non

Avez-vous plus de 18 ans ?

- 1 Oui
 2 Non

Si vous n'êtes pas diabétique, ou si vous avez moins de 18 ans, ne remplissez pas la suite de ce dossier mais retournez le dans l'enveloppe T ci-jointe (sans l'affranchir).

Si vous êtes diabétique et avez plus de 18 ans, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier avant de le retourner.

1. Questionnaire ENTRED général

A propos de ces questions

Remplir l'ensemble du dossier devrait prendre moins d'1 heure. Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à vous faire aider par un membre de la famille ou un(e) ami(e).

Ce premier questionnaire vous concerne, **vous et votre santé, principalement au cours de l'année 2001.**

Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.

1.10 Avez-vous dû modifier votre activité professionnelle à cause du diabète ?

- 1 Oui **Si oui**, quelle(s) modification(s) a(ont) eu lieu ?
- 1 Travail à temps partiel
 - 2 Réorientation professionnelle
 - 3 Invalidité ou longue maladie
 - 4 Autre, précisez :
- 2 Non

Votre diabète

1.11 Il y a combien d'années qu'un médecin vous a dit pour la première fois que vous aviez un diabète ? (mettez 0 si vous avez été diagnostiqué(e) au cours de l'année 2001)

/..... /..... / an(s)

1.12 Au cours de quelles circonstances a-t-on découvert votre diabète ? (1 seule réponse)

- 1 Parce ce que vous aviez tout le temps soif, envie d'uriner et/ou maigri
- 2 Parce que vous aviez fait un malaise ou un coma
- 3 Parce que vous aviez un problème au niveau du cœur, des artères, des reins, des nerfs ou des yeux
- 4 Au cours ou après une grossesse
- 5 Sur une analyse de sang ou d'urine effectuée pour une autre raison ou en médecine du travail
- 6 Autre, précisez :

1.13 Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par comprimés ?

- 1 Oui **Si oui**, depuis combien d'années ? /..... /..... / an(s)
- 2 Non (mettez 0 si vous l'êtes depuis 2001)

1.14 Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ?

- 1 Oui **Si oui**, depuis combien d'années ? /..... /..... / an(s)
- 2 Non (mettez 0 si vous l'êtes depuis 2001)

1.15 Quelle est votre taille ?

/..... /, /..... /..... / m

1.16 Quel est votre poids ?

/..... /..... /..... / kg

Votre famille

1.17 Parmi votre père, votre mère, vos frères ou vos sœurs, quelqu'un est-il ou a-t-il été diabétique ?

- 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas

Votre cœur et vos vaisseaux

1.18 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine ?

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002
 2 En 2001
 3 Avant 2001
- 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.19 Avez-vous eu une intervention sur les artères du cœur ?

(pontage coronarien ou angioplastie coronaire, pose d'un stent, ou encore dilatation coronaire)

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002
 2 En 2001
 3 Avant 2001
- 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.20 Avez-vous eu un électrocardiogramme ? (enregistrement sur papier du rythme du cœur à l'aide de plusieurs capteurs placés sur la poitrine pendant quelques minutes)

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002
 2 En 2001
 3 Avant 2001
- 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.21 Un médecin vous a-t-il dit que vous faisiez de l'hypertension artérielle ?

- 1 Oui **Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ?** (une seule réponse)
- 1 Médicaments
 2 Régime seul
 3 Pas de traitement
- 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.22 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?

- 1 Oui **Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ?** (une seule réponse)
- 1 Médicaments
 2 Régime seul
 3 Pas de traitement
- 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.23 Fumez-vous de façon habituelle ?

1 Oui Combien fumez-vous par jour de ... ? cigarettes /...../...../ ; pipes /...../...../ ;
cigarillos ou cigares /...../...../

Depuis combien d'années fumez-vous ? /...../...../ an(s)

Votre médecin vous a-t-il recommandé d'arrêter ? 1 Oui 2 Non

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? 1 Oui 2 Non

2 Non Avez-vous déjà fumé ? 1 Oui 2 Non

Si oui : Depuis combien d'années avez-vous arrêté ? /...../...../ an(s)

1.24 Vous arrive-t-il de consommer des boissons alcoolisées ? (vin, bière, alcool, ...)

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque

1.25 Les jours où vous buvez des boissons alcoolisées, combien de verres consommez-vous ? (1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 verre d'alcool autre)

- 1 1 ou 2
- 2 3 ou 4
- 3 5 ou 6
- 4 7 à 9
- 5 10 ou plus

Vos yeux

1.26 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez des problèmes aux yeux à cause de votre diabète ?

- 1 Oui **Si oui, précisez quel(s) problème(s) :**
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.27 Avez-vous définitivement perdu la vue d'un œil ?

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
 - 1 En 2002
 - 2 En 2001
 - 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.28 Un examen du fond d'œil nécessite d'instiller des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles, ce qui peut éblouir. Vous a-t-on déjà fait un fond d'œil ?

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
 - 1 En 2002
 - 2 En 2001
 - 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.29 Avez-vous déjà reçu un traitement par laser pour vos yeux ?

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
 - 1 En 2002
 - 2 En 2001
 - 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

Vos pieds

1.30 En 2001, combien de fois avez-vous consulté un professionnel des pieds (podologue ou pédicure) pour un problème lié ou non à votre diabète ?

/..... /..... / fois en 2001

1.31 Avez-vous eu une plaie du pied ayant duré plus d'un mois (mal perforant plantaire) ?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | Si oui , était-ce ... ?
(plusieurs réponses possibles) | <input type="checkbox"/> 1 En 2002 |
| <input type="checkbox"/> 2 Non | | <input type="checkbox"/> 2 En 2001 |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas | | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |

1.32 Avez-vous été amputé(e) d'un doigt de pied, d'un pied ou d'une jambe ?

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | Si oui , était-ce ... ?
(plusieurs réponses possibles) | <input type="checkbox"/> 1 En 2002 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 En 2001 |
| | | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |
| | Précisez le niveau d'amputation : | <input type="checkbox"/> 1 en dessous de la cheville |
| | | <input type="checkbox"/> 2 au dessus de la cheville |
| <input type="checkbox"/> 2 Non | | |

1.33 Au cours de l'année 2001, un médecin a-t-il examiné la sensibilité de vos plantes de pieds à l'aide d'un monofilament, qui ressemble à un petit bout de fil de pêche ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.34 Vérifiez-vous vous-même l'état de vos pieds ?

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | Si oui , vérifiez-vous vos pieds ... ? | <input type="checkbox"/> 1 Tous les jours ou presque |
| | | <input type="checkbox"/> 2 Au moins une fois par semaine |
| | | <input type="checkbox"/> 3 Au moins une fois par mois |
| | | <input type="checkbox"/> 4 Moins d'une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 2 Non | | |

Vos reins

1.35 Etes-vous actuellement en dialyse ?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | Si oui , avez-vous commencé la dialyse ... ? | <input type="checkbox"/> 1 En 2002 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 En 2001 |
| | | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |
| <input type="checkbox"/> 2 Non | | |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas | | |

1.36 Avez-vous eu une greffe rénale ?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | Si oui , la greffe rénale a eu lieu ... : | <input type="checkbox"/> 1 En 2002 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 En 2001 |
| | | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |
| <input type="checkbox"/> 2 Non | | |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas | | |

Autres domaines

1.37 En 2001, faisiez-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques (associant votre médecin, des médecins spécialistes et des soignants paramédicaux) ?

- 1 Oui Si oui, lequel ? Nom :
- 2 Non

1.38 En 2001, étiez-vous membre d'une association de diabétiques ?

- 1 Oui Si oui, laquelle ? Nom :
- 2 Non

1.39 En 2001, avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?

- 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas

1.40 Souffrez-vous d'autres maladies que le diabète ?

- 1 Oui Si oui, lesquelles ?
- 2 Non

1.41 En 2001, avez-vous rencontré un psychiatre ou psychologue ?

- 1 Oui Si oui, combien de fois ? /..... /..... / fois en 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

L'exercice physique, le poids et la diététique

1.42 Pratiquez-vous régulièrement à la maison, au travail ou dans vos loisirs une activité physique ?

(activités ménagères, jardinage, bricolage, marche, travaux de bâtiment ou de manœuvre, ou sport)

- 1 Oui 2 Non

> Si vous pratiquez une activité physique régulière, remplissez ce tableau :

1.43 Actuellement, combien d'heures par semaine pratiquez-vous régulièrement au travail, à la maison ou dans vos loisirs... ?

a) Une activité physique légère :	Nombre d'heures par semaine
– Activités ménagères habituelles (faire la vaisselle, balayer), jardinage et bricolage légers, travail à la chaîne...	/..... /..... / heures
– Promenade ou déplacement à pied (moins de 4 km/h) ou à bicyclette (moins de 9 km/h), gymnastique douce ...	/..... /..... / heures
b) Une activité physique modérée ou soutenue :	
– Activités ménagères plus intenses (cirer le parquet, laver les sols), laver une voiture, travaux de bricolage et de jardinage plus lourds, travaux de bâtiment ou de manœuvre ...	/..... /..... / heures
– Marche rapide (au delà de 4 km/h), randonnée en montagne, course, bicyclette (au delà de 9 km/h), natation, golf, tennis, danse, aérobic...	/..... /..... / heures

1.44 Vous pesez-vous (ou bien êtes-vous pesé(e)) ?

- 1 Oui **Si oui, vous pesez-vous ... ?** 1 Tous les jours ou presque
 2 Non 2 Au moins une fois par semaine
 3 Au moins une fois par mois
 4 Moins d'une fois par mois

1.45 Actuellement, estimez-vous que votre poids est ... ?

- 1 Stable 2 En augmentation 3 En diminution 4 Je ne sais pas

1.46 Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un régime amaigrissant ?

- 1 Oui **Si oui :** 1 Je l'ai arrêté
 2 Non 2 Je l'applique toujours

1.47 Votre médecin vous a-t-il demandé en 2001 de perdre du poids ?

- 1 Oui 2 Non

1.48 Votre médecin vous a-t-il demandé en 2001 de faire de l'exercice physique ?

- 1 Oui 2 Non

1.49 En 2001, avez-vous rencontré un(e) diététicien(ne) ?

- 1 Oui **Si oui, combien de fois :** /..... /..... / fois en 2001
 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.50 Vous a-t-on déjà donné par écrit un régime alimentaire ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

- 1 Oui 2 Non

L'auto-surveillance glycémique

1.51 On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevé au bout du doigt pour mesurer votre taux de sucre.

Avez-vous cet appareil ?

- 1 Oui **Si oui, mesurez-vous votre taux de sucre (glycémie) avec cet appareil**
(ou quelqu'un le fait-il pour vous) ?
 1 Oui **Combien de fois par semaine ?** /..... /..... / fois / semaine
 2 Non
 2 Non
 3 Je ne sais pas

1.52 Au cours de l'année 2001, avez-vous fait une (des) hypoglycémie(s) sévère(s), c'est à dire au cours de laquelle (desquelles) vous avez eu besoin de l'aide d'une autre personne pour remonter votre taux de sucre ?

- 1 Oui **Si oui, combien :** /..... /..... / hypoglycémie(s) en 2001
 2 Non
 3 Je ne sais pas

Les examens biologiques

1.53 Au cours de l'année 2001, a-t-on dosé par une prise de sang votre taux de cholestérol ou de triglycérides (graisses dans le sang) ?

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

1.54 Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?

- 1 Oui **Si oui**, connaissez-vous votre dernier résultat d'hémoglobine glyquée ?
 - 1 Oui
 - 2 Non
- 2 Non

L'insuline

> Si vous n'êtes pas actuellement traité(e) par insuline, passez directement à la question 1.58

1.55 Où le traitement par insuline a-t-il été débuté ?

- 1 A l'hôpital **Si oui**, était-ce ... ?
 - 1 Au cours d'une hospitalisation de plusieurs jours
 - 2 En hôpital de jour (sans y dormir)
 - 3 En consultation à l'hôpital
- 2 Au cabinet d'un médecin
- 3 Chez moi

1.56 Aujourd'hui, qui fait les injections d'insuline ?

- 1 Moi-même
- 2 Un(e) infirmier(ère)
- 3 Une autre personne, précisez :

1.57 Vous arrive-t-il d'oublier de faire votre injection d'insuline ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine

Les comprimés

> Si vous n'êtes pas actuellement traité(e) par comprimés, passez directement à la question 1.59

1.58 Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos comprimés pour traiter le diabète ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine

Les hospitalisations au cours de l'année 2001

1.59 Au cours de l'année 2001, avez-vous été hospitalisé(e), en rapport ou non avec votre diabète, même pour une journée ?

Oui Non

1.60 Si vous êtes allé(e) en hospitalisation complète ou de semaine en 2001, c'est-à-dire si vous avez dormi au moins une nuit à l'hôpital, en rapport ou non avec votre diabète, veuillez remplir le tableau ci-dessous (une ligne pour chaque hospitalisation).

	Date de début* d'hospitalisation	Date de fin* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple hospitalisation</i>	<i>15/06/2001</i>	<i>28/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Infarctus du myocarde</i>
1 ^{ère} hospitalisation en 2001	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../.../				
2 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../.../				
3 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../.../				
4 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../.../				

1.61 Si vous êtes allé(é) en hospitalisation de jour en 2001, c'est-à-dire sans dormir à l'hôpital, en rapport ou non avec votre diabète, veuillez remplir le tableau ci-dessous (une ligne pour chaque hospitalisation)

	Date* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple hospitalisation</i>	<i>15/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Diabétologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Soin compliqué des pieds</i>
1 ^{ère} hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
2 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
3 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
4 ^e hospitalisation	/.../.../.../ /2001				

* Si vous ne vous rappelez pas des dates exactes, indiquez au moins le mois.

Pouvez-vous faire une photocopie de(s) compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001, si vous en disposez ?

Cette photocopie serait très utile à l'étude.

Nous vous remercions de bien vouloir masquer votre nom sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du questionnaire.

2. Questionnaire ENTRED de satisfaction

A propos de ces questions

Ces questions concernent votre **satisfaction des soins reçus**.

Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.

Le diabète

2.1 Etes-vous satisfait(e) de votre taux de glycémie ? (taux de sucre dans le sang)

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.2 Pensez-vous avoir bien compris la manière de prendre vos comprimés pour le diabète ou votre insuline ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.3 Trouvez-vous facile de prendre tous les jours vos médicaments pour le diabète ou votre insuline ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.4 Pensez-vous avoir bien compris le régime alimentaire ou les conseils pour votre alimentation donnés à cause du diabète ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.5 Trouvez-vous facile de suivre tous les jours le régime alimentaire ou les conseils pour votre alimentation donnés à cause du diabète ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.6 Qui vous a fourni de l'information sur ... ? (plusieurs réponses possibles)

		Médecins	Infirmier(ère), Diététicien(ne)...	Télévision, journaux...	Personne
a.	Auto-surveillance glycémique (taux de sucre dans le sang mesuré à la maison)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	Hémoglobine glyquée ou HbA1c	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	Complications du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d.	Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	Exercice physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f.	Insuline ou médicaments à prendre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g.	Effets indésirables des médicaments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

2.7 Quel est pour vous le principal sujet à propos duquel vous souhaiteriez être plus informé(e) ? (une seule réponse)

- 1 l'auto-surveillance glycémique (taux de sucre dans le sang mesuré à la maison)
 2 l'hémoglobine glyquée ou HbA1c
 3 les complications du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs)
 4 le régime alimentaire
 5 l'exercice physique
 6 l'insuline ou les médicaments à prendre
 7 les effets indésirables des médicaments
 8 autre, précisez

- 9 je ne souhaite pas recevoir d'information supplémentaire

2.8 Avez-vous reçu une formation à propos du diabète au cours de l'année 2001 ?

- 1 OUI **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
Au cours d'une hospitalisation : 1 Seul(e)
 2 Formation en groupe
En dehors d'une hospitalisation : 3 Avec un médecin
 4 Avec un(e) infirmier(ère) ou diététicien(ne)
 5 Autre, précisez :
- 2 NON

Les soignants

2.9 Lorsque vous avez un problème à propos du diabète, contactez-vous votre médecin ... ?

- 1 Très facilement 2 Plutôt facilement 3 Plutôt difficilement 4 Très difficilement

2.10 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que le temps qu'il vous consacre est suffisant ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.11 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que vous recevez des conseils utiles ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.12 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que vous pouvez aborder les problèmes qui vous préoccupent ?

- 1 Tout à fait 2 Plutôt 3 Pas vraiment 4 Pas du tout

2.13 Si vous deviez donner une note entre 00 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur la façon dont votre diabète est pris en charge par l'ensemble des médecins, infirmiers(ères), diététiciens(nes), pharmaciens(nes), podologues ..., quelle serait-elle ?

/..... /..... /

Le prix des soins

2.14 En 2001, avez-vous renoncé à certains services en rapport avec le diabète à cause du prix de ces soins ?

- 1 OUI **Si oui, à quel(s) service(s) en rapport avec le diabète avez-vous dû renoncer ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 Consultation avec un médecin
 - 2 Consultation avec un(e) diététicien(ne)
 - 3 Soins infirmiers
 - 4 Soins de pédicure ou podologie (soins des pieds)
 - 5 Soins dentaires
 - 6 Matériel d'autosurveillance glycémique (mesure du taux de sucre à la maison)
 - 7 Analyses de sang ou autres examens (radiologie...)
 - 8 Transports (pour une consultation, des examens, une hospitalisation...)
- 2 NON

2.15 Avez-vous une **couverture complémentaire maladie** ? (c'est-à-dire une mutuelle, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse vos soins médicaux en plus de la sécurité sociale)

1 OUI

Si oui, quand y avez-vous souscrit ?

1 Avant le diabète

2 Depuis le diabète

2 NON

2.16 Lors des **quatre dernières semaines**, avez-vous été incapable d'aller au travail ou avez-vous été limité(e) dans vos activités quotidiennes **à cause du diabète** ?

1 OUI

Si oui, pendant combien de jours ? /..... /..... /

2 NON

2.17 Lors des **quatre dernières semaines**, avez-vous été incapable d'aller au travail ou avez-vous été limité(e) dans vos activités quotidiennes **à cause d'un autre problème de santé que le diabète** ?

1 OUI

Si oui, pendant combien de jours ? /..... /..... /

2 NON

Votre entourage

2.18 Trouvez-vous que le diabète vous rend **dépendant** des gens qui vous entourent ?

1 Tout à fait

2 Plutôt

3 Pas vraiment

4 Pas du tout

2.19 Etes-vous satisfait(e) de l'**aide concrète** que vous recevez de la part de votre entourage (époux, partenaire, famille, amis) **à propos de votre diabète** ?

(Ceci inclut par exemple la prise des médicaments, de l'insuline, l'autosurveillance glycémique, les transports, le régime alimentaire...)

1 Tout à fait

2 Plutôt

3 Pas vraiment

4 Pas du tout

5 Je n'ai pas besoin d'aide

2.20 Etes-vous satisfait(e) du **soutien émotionnel** que vous recevez de la part de votre entourage (époux, partenaire, famille, amis) **à propos de votre diabète** ?

(Ceci inclut par exemple la compréhension, l'affection, le réconfort, l'écoute ...)

1 Tout à fait

2 Plutôt

3 Pas vraiment

4 Pas du tout

5 Je n'ai pas besoin d'aide

3. Questionnaire ENTRED de qualité de vie

A propos de ces questions

Ce questionnaire porte sur **votre santé, telle que vous la ressentez**. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en **entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie**. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, veuillez choisir la réponse la plus proche de votre situation.

3.1 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

3.2 Par rapport aux personnes de votre âge, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que le leur	1
Plutôt meilleur	2
A peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

DHP 1 - Diabetes Health profile

3.3 Vous faites-vous du mal ou avez-vous envie de vous faire du mal quand vous êtes contrarié(e) ? (entourez la réponse de votre choix)

Jamais	Quelquefois	Habituellement	Toujours
1	2	3	4

3.4 Souhaitez-vous que votre diabète disparaisse quand vous ne savez plus où donner de la tête ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.5 Vous mettez-vous en colère si quelqu'un vous harcèle à propos de votre auto-surveillance glycémique ou de votre régime ?

Jamais	Quelquefois	Habituellement	Toujours
1	2	3	4

3.6 A cause de votre diabète, pleurez-vous ou avez-vous envie de pleurer ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

3.7 Trouvez-vous que vous vous mettez en colère pour des petits riens ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.8 Etes-vous susceptible ou de mauvaise humeur à propos du diabète ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

3.9 Est-ce que votre diabète arrive à vous déprimer ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.10 Le fait de souhaiter être mort vous effleure-t-il l'esprit ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

3.11 Auriez-vous aimé ne jamais être né(e) ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.12 Est-ce que votre diabète vous fait mettre en colère ou crier ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.13 Etes-vous tourné(e) vers l'avenir ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
1	2	3	4

3.14 Evitez-vous de sortir si vos glycémies sont basses ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.15 Y a-t-il plus de disputes ou de bouleversements à la maison qu'il n'y en aurait si vous n'aviez pas de diabète ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
1	2	3	4

3.16 Envoyez-vous balader les choses si vous êtes contrarié(e) ou si vous vous mettez en colère ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.17 Avez-vous peur de vous surmener et de vous mettre en hypoglycémie ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.18 Est-ce que la nourriture "gouverne" votre vie ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.19 Evitez-vous d'aller trop loin tout(e) seul(e) par crainte de faire une hypoglycémie ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.20 Avez-vous des maux de tête (dus à la tension nerveuse) ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.21 Etes-vous à cran quand vous sortez et qu'il n'y a nulle part où manger ?

Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup
1	2	3	4

3.22 Vous tracassez-vous à l'idée de faire un coma diabétique ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

3.23 Avez-vous une peur tenace des hypoglycémies ?

Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup
1	2	3	4

3.24 A cause de votre diabète vous tracassez-vous à l'idée d'attraper des rhumes ou des gripes ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

3.25 Trouvez-vous effrayant ou inquiétant d'entrer dans des magasins animés ou bondés ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

3.26 Souhaitez-vous qu'il n'y ait pas autant de bonnes choses à manger ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

3.27 Risquez-vous de faire un extra alimentaire quand vous vous ennuyez ou quand vous en avez marre ?

Très probable	Peu probable	Pas très probable	Pas du tout probable
1	2	3	4

3.28 Quand vous commencez à manger trouvez-vous qu'il soit facile d'arrêter ?

Très facile	Peu facile	Pas très facile	Pas facile du tout
1	2	3	4

3.29 Avez-vous des difficultés à suivre votre régime parce que vous mangez pour vous remonter le moral ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.30 Avez-vous des difficultés à suivre votre régime parce que vous trouvez dur de renoncer à la nourriture que vous aimez ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.31 Avoir un diabète signifie-t-il que vos journées sont régulées par vos heures de repas ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.32 Avoir un diabète signifie-t-il qu'il est difficile de faire les choses au moment où vous le voulez ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.33 Avoir un diabète signifie-t-il que vous devez planifier vos journées autour de vos injections ? (ne répondez que si vous êtes traité(e) par insuline)

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.34 Avoir un diabète signifie-t-il qu'il est difficile de sortir tard ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

3.35 Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?

- 1 Seul(e)
- 2 Avec l'aide de quelqu'un, précisez :
 - 1 Membre de la famille
 - 2 Ami(e)
 - 3 Infirmier(ère) ou aide
 - 4 Autre, précisez :

3.36 A quelle date avez-vous fini de remplir ce questionnaire ?

J'ai terminé de remplir ce questionnaire le : /...../...../...../...../...../...../...../...../

Le dossier est terminé. **Pouvez-vous vous assurer qu'il est complet ?**

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire quelques commentaires.

.....

.....

.....

.....

Merci de retourner le dossier dans l'enveloppe T jointe (pas besoin d'affranchir), accompagné de l'autorisation signée d'utiliser ces données et de contacter votre médecin traitant.

Si vous le pouvez, **n'oubliez pas de joindre une photocopie des compte-rendus d'hospitalisation pour l'année 2001.** Nous vous remercions de bien vouloir masquer votre nom sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du dossier.