

QUESTIONNAIRE PATIENTS

A retourner dès réception

DATE DE VOTRE ADHESION

DATE DE NAISSANCE

NOM

PRENOM

NOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

1-COMMENT AVEZ-VOUS CONNU MAREDIA ?

- Par votre médecin traitant Bouche à oreille
 Un autre professionnel de santé Autre

2- AVEZ-VOUS SUIVI LES SEANCES D' INFORMATIONS ET ATELIERS DE GROUPE ?

- Oui Non

- SI OUI LESQUELS ? Ateliers diététiques
 Cours de cuisine
 Ateliers infirmiers

3 AVEZ-VOUS EU L'OCCASION DE RENCONTRER INDIVIDUELLEMENT UN PROFESSIONNEL DE SANTE DU RESEAU ?

- Oui Non

Si oui indiquez à propos de quel(s) problème(s) :

- Faire le point sur les objectifs glycémique et ou le diabète en général
 Parler du passage à l'insuline
 Difficultés à adapter votre traitement
 Difficultés lors de l'utilisation de l'appareil d'auto-surveillance
 Autres : (précisez)

4-DANS LES DOUZES DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS CONSULTE :

- Ophtalmologue Pédicure-Podologue Diabétologue
 Diététicien(ne) Cardiologue

5-DANS LES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE A CAUSE DE VOTRE DIABETE ?

- OUI NON

Si oui dans quel(s) service(s) avez-vous été hospitalisé (nom et adresse)

6-AVEZ-VOUS EU UN DOSAGE :

- De la microalbuminurie : Oui Non
De l'hémoglobine glyquée : Oui Non
→ Tous les 3 mois Oui Non
→ Quel est le dernier résultat ?

7-REALISEZ-VOUS UNE AUTO SURVEILLANCE GLYCEMIQUE ?

- Oui Non

8-COMMENT EVALUEZ-VOUS LES SERVICES DE MAREDIA ?

- Très bien Bien Moyen Non satisfaisant

9-AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES ET OU DES SUGGESTIONS ?

DATE

SIGNATURE