

Cher monsieur/ chère madame,

Votre traitement au sein de la clinique MAASTRO CLINIC débutera bientôt. Nous aimerions savoir quel degré de gêne vous subissez provenant des plaintes qui peuvent être provoquées ou accentuées par le traitement à un certain nombre de périodes. C'est pourquoi nous voulons vous demander de remplir ce petit questionnaire. Le questionnaire est utilisé en tant que complément à votre visite chez le médecin. Après le traitement nous vous demanderons environ quatre fois par an de remplir à nouveau ce questionnaire. Vous recevrez la liste par poste avec une enveloppe retour.

Le questionnaire se compose de différents sujets. Pour chaque sujet un certain nombre de possibilités sont nommées. Lisez celles-ci tranquillement et choisissez ensuite l'affirmation qui s'applique le plus à vous à ce moment là. Nous vous demandons également de remplir votre dernier poids mesuré (à la maison ou chez le médecin). Vous pouvez renvoyer le questionnaire rempli dans l'enveloppe retour fournie.

Si vous avez des questions ou besoin d'éclaircissements, vous pouvez demander des explications à l'assistante du médecin ou à votre médecin traitant.

Nous voulons d'ores et déjà vous remercier pour votre collaboration.

Bien cordialement,

Centre des données Clinique MAASTRO

Nom:

Date de naissance:

Numéro d'identification du patient:

Date remplissage:

____/____/____
dd/mm/jjjj

Poids actuel:

____, ____ kg

1. Etes-vous capable d'effectuer vos activités quotidiennes ?

- 0 Je suis capable d'effectuer mes activités quotidiennes normalement sans restrictions.
- 0 Je suis uniquement limité lors d'activités physiques importantes; je ne peux pas faire complètement certains travaux lourds à la maison ou au travail
- 0 Je suis restreint dans ce que je fais quotidiennement, mais je suis plus de la moitié de la journée hors de mon lit ou de ma chaise et je peux m'occuper de moi-même ;
- 0 Je suis moins de la moitié de la journée hors de mon lit ou de ma chaise et j'ai besoin d'aide pour mes soins.
- 0 Je suis entièrement nécessiteux, entièrement dépendant de soins, alité ou restreint à être assis.

2. Ressentez-vous des douleurs lors de la déglutition ?

- 0 Je ne ressens aucune douleur lors de la déglutition.
- 0 Je ressens une certaine douleur lors de la déglutition de sorte que je ne peux pas manger d'aliments solides ou que j'emploie des médicaments sur ordonnance.
- 0 Je ressens une grande douleur lors de la déglutition et c'est pourquoi on me donne un supplément en humidité ou de la nourriture via une sonde ou une perfusion.
- 0 Je peux uniquement me nourrir via une sonde ou une perfusion.
- 0 J'ai été hospitalisé avec de très graves problèmes/ avec des risques vitaux de déglutition.

3. Ressentez-vous des douleurs ?

- 0 Je n'ai pas mal.
- 0 Je ressens une légère douleur mais je ne suis pas gêné dans mes activités quotidiennes.
- 0 Je ressens moyennement de la douleur et utilise des médicaments antidouleur, mais je ne suis pas gêné dans mes activités quotidiennes.
- 0 Je ressens une grande douleur et je suis à peine capable d'effectuer mes activités quotidiennes.
- 0 Je ne suis plus capable à cause de l'extrême douleur d'effectuer mes activités quotidiennes.

4. Avez-vous perdu du poids en conséquence de votre maladie ou du traitement ?

- 0 Je n'ai pas ou à peine perdu de poids en conséquence de ma maladie ou du traitement.
- 0 J'ai perdu moins de 5 kilos en conséquence de ma maladie ou du traitement
- 0 J'ai perdu de 5 à 10 kilos en conséquence de ma maladie ou du traitement et j'utilise un complément alimentaire.
- 0 J'ai perdu plus de 10 kilos en conséquence de ma maladie ou du traitement et on m'administre de l'alimentation par sonde.

5. Etes-vous parfois essoufflé ?

- 0 Je ne suis pas du tout essoufflé, non plus si je dois fournir un effort; comme monter les marches, faire des courses, etc.
- 0 Je suis essoufflé, mais je peux encore monter un étage à pied ou me promener pendant 100 mètres sans interruption.
- 0 Je suis essoufflé en conséquence de quoi je ne peux pas monter un étage à pied ou parcourir 100m sans interruption.
- 0 Je suis essoufflé lorsque j'effectue de petits efforts comme me laver, me doucher etc.
- 0 Je suis essoufflé également au repos et j'ai besoin continuellement d'oxygène.

6. Toussez-vous du sang ?

- 0 Je ne tousse pas de sang.
- 0 Je tousse un peu de sang.
- 0 J'ai des pertes de sang conséquentes et vais par conséquent être opéré ou subir un traitement au laser.
- 0 J'ai des pertes de sang graves et je vais avoir une transfusion sanguine.
- 0 J'ai eu des pertes de sang très graves pour lesquelles j'ai dû être opéré.

7. Toussez-vous ?

- 0 Je ne tousse pas.
- 0 Je tousse un peu, mais je n'utilise pas de médicaments sur ordonnance à cette fin; des remèdes faits maison sont suffisants.
- 0 Je tousse et utilise par conséquent des médicaments sur ordonnance.
- 0 Je tousse beaucoup et cela me gêne dans mes activités quotidiennes et/ou je ne dors pas suffisamment la nuit en conséquence.

8. Expectorez-vous parfois des glaires ?

- 0 Je n'expectore pas de glaires.
- 0 J'expectore parfois des glaires.
- 0 J'expectore des glaires, ce qui me gêne dans mes activités quotidiennes.
- 0 J'expectore une quantité de glaires tellement importante que j'éprouve des difficultés à être autonome.

Chère madame, /cher monsieur,

Nous vous envoyons ci joint-un questionnaire relatif au traitement que vous avez subi au sein de la clinique MAASTRO.

Le questionnaire se compose de différents sujets. Pour chaque sujet, un certain nombre de possibilités sont indiquées. Lisez celles-ci tranquillement et choisissez ensuite l'affirmation qui vous correspond le plus actuellement. Nous vous demandons également de remplir votre dernier poids (à la maison ou chez le médecin).

Vous pouvez renvoyer la liste remplie dans l'enveloppe retour.

Nous voulons d'ores et déjà vous remercier pour votre collaboration.

Bien cordialement,

Centre de données MAASTRO clinique